

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

914

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Mohamed CHELLI

né le 15 octobre 1930 à Nabeul (Tunisie)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

ACCOUCHEMENTS CHEZ LES FEMMES
PORTEUSES D'UN UTERUS CICATRICIEL

Observations relevées à la Clinique Obstétricale
du Centre médico-chirurgical Foch à Suresnes (Seine)

Président : Mr R. MERGER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

1891. 1892.

1891. 1892.

1891. 1892.

1891. 1892.

1891. 1892.

1891. 1892.

1891. 1892.

1891. 1892.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Mohamed CHELLI

né le 15 octobre 1930 à Nabeul (Tunisie)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

ACCOUCHEMENTS CHEZ LES FEMMES
PORTEUSES D'UN UTERUS CICATRICIEL

Observations relevées à la Clinique Obstétricale
du Centre médico-chirurgical Foch à Suresnes (Seine)

Président : Mr R. MERGER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

RACIETTE DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1952

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIAGNOSTIC

Mohamed CHALLI

né le 15 octobre 1920 à Nabeul (Tunisie)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 2



ACCREDITÉ PAR LE MINISTRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE ET DES ARTS

Observations relatives à la Clinique Oculaire
du Centre médical-odontologique pour la Tunisie (Séoul)

Évalué par : M. A. BAKKUN, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Jean VERNE
2^e ASSESSEUR } Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	GHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUËR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHTER (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) GOBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZIGONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C.) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ANFLARE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Grands Parents

A ma Mère

A mon Père

a qui je dois tout.

A mes soeurs

A mon frère

A mes beaux-frères

A mes tantes et mes oncles

A tous mes parents et amis

en témoignage, de ma profonde affection.

A mon Maître : Monsieur le Professeur Robert MERGER,

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de
Médecine de Paris.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son
service et a su nous faire profiter d'un enseigne-
ment précis de la gynécologie, comme de l'obsté-
trique.

Il a su concilier à nos yeux le rigorisme classique,
avec les méthodes modernes de cette discipline.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos
sentiments respectueux et toujours reconnaissants.

A ses deux éminents collaborateurs :

- Monsieur le Docteur Jean LEVY, Professeur Agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et a guidé notre travail.

Son esprit toujours en éveil, nous a permis de
profiter à toutes les heures de la journée, d'un
enseignement de haute qualité.

- Monsieur le Docteur Jean MELCHIOR,

Assistant à la Maternité du Centre Médico
chirurgical FOCH, dont nous avons pu apprécier l'habi-
leté opératoire et qui nous a dispensé un enseignement
pratique et vivant dans une ambiance de constante
bonne humeur.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
fidèle gratitude.

A ceux de mes Maîtres qui m'ont particulièrement conseillé,
guidé et aidé dans mes études :

- Monsieur le Docteur Jean VIGNALOU

Médecin des Hôpitaux, Chef de Service à l'Hôpital
Hospice d'IVRY (seine)

dont la modestie et la simplicité souffriraient
que je lui dise tout ce que je pense de lui.

Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ,

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté

Monsieur le Docteur Guy LE LORIER,

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur LANVIN,

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

En témoignage de mon respect et de ma fidèle gratitude.

A Mes Maîtres d'externat :

Monsieur le Docteur A.AMELINE.

Monsieur le Professeur J.HUGUIER.

Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS.

Monsieur le Docteur Fred SIGUIER

Monsieur le Professeur Pasteur VALLERY-RADOT.

Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ.

Monsieur le Docteur H.E.BRISSAUD

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO.

Monsieur le Professeur M.LACOMME.

A Mes Maîtres d'externat en 1er :

Monsieur le Docteur Jean VIGNALOU .

Monsieur le Docteur J.LEREBOULET

Monsieur le Docteur R.SUZOR

Monsieur le Docteur GRASSET.

En témoignage de mon attachement et de ma
reconnaissance.

A Mes Maîtres d'internat :

- Le Docteur P.GUENIN, Chirurgien des Hôpitaux,
Chef de Service à l'Hôpital BEAUJON.
qui a su guider nos premiers pas en chirurgie.

A ses deux collaborateurs :

Le Docteur Philippe BOISSIER
et GENON CATALOT.

- A Monsieur le Docteur René KUSS, Professeur Agrégé à la Faculté.
Chef de Service à l'Hôpital Saint Louis.

- Le Docteur J.P.CALVET,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chef de Service à l'Hôpital Lariboisière.

A ses deux collaborateurs : Les Docteurs P.FELLUS
et L.SETBON.

- A notre Maître actuel le Docteur Alain MOUCHET,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien au Centre Médico-Chirurgical
FOCH.

A ses deux collaborateurs :

Le Docteur MARQUAND
Le Docteur GARCIN

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon respect,
et de ma reconnaissance.

A Mes futurs Maîtres :

Le Professeur M.LACOMME.

Le Professeur J.HUGUIER

Le Professeur Agrégé R.MUSSET.

En hommage de notre respectueuse admiration et de notre
attachement.

INTRODUCTION

=====

Le problème d'un accouchement chez une femme antérieurement césarisée est posé depuis longtemps.

Mais les cicatrices utérines de toute nature, se multiplient avec les progrès de la chirurgie conservatrice chez la femme jeune, en période de fertilité.

Le problème se fait donc de plus en plus courant du pronostic et de la conduite à tenir lors du travail, dans ces circonstances. Ce travail comporte l'étude des accouchements sur utérus cicatriciels pratiqués pendant douze ans, au centre Médico-Chirurgical FOCH (1 Janvier 1950 au 31 Décembre 1961).

Cette étude comporte trois parties :

- 1) Les accouchements chez les femmes antérieurement césarisées.
- 2) Les accouchements chez les femmes ayant subi antérieurement une myomectomie.
- 3) Les accouchements sur utérus porteurs de cicatrices diverses, (Perforation utérine, béance isthmique, symphyse endoutérine...) qu'il est difficile de ranger dans une rubrique définie.

PREMIERE PARTIE

ACCOUCHEMENTS CHEZ LES FEMMES ANTERIEUREMENT CESARISEES

A) - ANALYSE DES OBSERVATIONS.

L'Avènement de l'hystérotomie segmentaire (introduite depuis 1927 en France par BRINDEAU et son école) joint aux possibilités chirurgicales actuelles et aux soins de réanimation, a amélioré considérablement les suites immédiates des interventions césariennes.

Parallèlement à cette amélioration des techniques chirurgicales, la fréquence des interventions césariennes a augmenté. Aussi le problème majeur de l'avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées devient de plus en plus d'actualité.

Nous étudierons 362 accouchements chez des femmes antérieurement césarisées.

En fait, on retrouve dans nos observations :

- 40 femmes qui ont accouchés 2 fois dans le service.
- et 5 femmes qui ont accouché 3 fois.

Ainsi, il s'agit plus précisément de l'étude de 312 utérus cicatriciels ayant abrités 362 grossesses dont les accouchements ont eu lieu dans le service, (certaines femmes d'ailleurs, ont accouché une ou plusieurs fois en dehors du service).

Dans ce groupe de 312 femmes, on compte 5 cas où la cicatrice de césarienne, s'associe à une cicatrice de myomectomie.

Dans cette éventualité la cicatrice de césarienne nous a semblé avoir une importance prépondérante.

L'étude portera successivement sur :

- 1) Le nombre de grossesses avec accouchements ultérieurs et leurs modalités de terminaison.
- 2) Le poids des enfants.

- 3) La prématurité.
- 4) La dystocie dynamique.
- 5) La place des ocytociques dans le cadre des accouchements sur utérus cicatriciels.
- 6) La durée du travail qui a été analysée dans les cas terminés par un accouchement par les voies naturelles.
- 7) La période d'expulsion et de délivrance.
- 8) Les ruptures utérines observées en les subdivisant en :
 - Ruptures complètes
 - Ruptures incomplètes
 - Dehiscences
- 9) La mortalité foetale et maternelle.
- 10) Les cas ou il a été pratiqué :
 - Une ligature résection tubaire.
 - ou une hystérectomie.
- 11) Une analyse des cas de cicatrice de césarienne corporéale.
- 12) Dans un dernier paragraphe seront analysées les observations des cinq femmes ayant une double cicatrice (myomectomie et césarienne).

INCIDENCE DE LA CESARIENNE SUR LE NOMBRE DE GROSSESSES ET

D'ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS.

La plupart des auteurs qui ont étudié cette question pose le problème d'une éventuelle incidence de la césarienne sur la fertilité. Notre expérience personnelle, prouve qu'il n'en est rien.

- Sur 312 femmes étudiées (dont certaines ont accouché une ou plusieurs fois en dehors du service après leur 1ère césarienne), on relève :

- 62 femmes qui ont accouché 2 fois après leur 1ère césarienne.
- 23 femmes qui ont accouché 3 fois
- 2 femmes qui ont accouché 4 fois
- 1 femme qui a accouché 5 fois.

Cette étude est établie sans préjuger du mode de terminaison de cet accouchement, ni de l'endroit où il s'est produit. La réduction du nombre d'accouchements, à partir de la 3ème grossesse, est en règle, volontaire. Très souvent, et on le conçoit, on a été conduit à pratiquer une ligature résection tubaire, à l'occasion de la 3ème ou 4ème césarienne itérative.

FREQUENCE ET POSSIBILITES D'UN ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES

NATURELLES, APRES UN ANTECEDENT DE CESARIENNE.

Entre l'adage américain " césarienne toujours césarienne " et les partisans d'un accouchement par les voies naturelles, lorsque la mère césarienne a été occasionnée par une dystocie temporaire, quelle conduite adopter ?

- Sur 362 accouchements observés dans le service du Professeur MERGER, on compte :

- 200 césariennes itératives
- 162 accouchements par les voies naturelles.

- Sur les 162 accouchements par les voies naturelles, on dénombre :

- 88 : Accouchements spontanés
- 74 : Accouchements avec application de forceps.

Au total, sur 362 fois où le problème d'un accouchement sur utérus cicatriciel s'est posé, il a été résolu 162 fois par un accouchement par les voies naturelles, soit dans 44,6 % des cas.

En outre, dans plus de la moitié de ces cas, l'accouchement s'est déroulé, tout à fait spontanément, sans même une application de forceps.

En conclusion de cette première analyse, on dira que l'accouchement par voie basse, chez les femmes antérieurement césariées est non seulement possible, mais loin d'être exceptionnel.

De plus cet accouchement par les voies naturelles, peut être réalisé plus d'une fois.

En reprenant l'observation des 312 femmes (et sans préjuger du lieu ou a été pratiqué cet accouchement) on retrouve les chiffres suivants:

Nombres de femmes	34	8	0	1
Nombres d'accouchements normaux réalisés	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois

- Mais il importe d'étudier les raisons pour lesquelles a été pratiquée la 1ère césarienne, dans les 162 accouchements obtenus par voie basse.

En précisant ces étiologies, on peut dresser le tableau suivant :

Disproportion foetopelvienne	18
Siège	19
Front	8
Face	2
Présentation transverse	12
Grossesse prolongée	7
Dystocie dynamique	10
Placenta praevia	19
Procidence du cordon	6
Souffrance foetale	5
Syndromes vasculo-rénaux	11
Menace d'infection amniotique	2
Agglutination du col	1
Divers	3
Etiologies impossibles à préciser	39
Total	162

- Il est frappant de constater que dans 18 cas, la césarienne préalable a été pratiquée pour disproportion foeto-pelvienne.
- On constate encore que dans 19 cas la césarienne antérieure était due à une présentation du siège. Ne s'agirait-il pas là d'indications abusives, dont la rançon ultérieure est une cicatrice utérine ?
- Comment expliquer les 18 cas de disproportion foeto pelvienne, alors qu'ultérieurement un accouchement par les voies naturelles, a pu être réalisé ?
- Plusieurs explications peuvent être avancées;
- En premier lieu, il est permis de supposer que le diagnostic a été porté abusivement par de jeunes praticiens.
- Mais il faut tenir compte en outre d'une éventuelle diminution du poids des enfants et de certains cas de prématurés. Nous y reviendrons.

Ainsi, l'accouchement par les voies naturelles peut se réaliser, sur un bassin dont la capacité a été jugée antérieurement insuffisante, si à cette nouvelle grossesse, il s'agit d'enfant plus petit ou prématuré.

Enfin sur les 39 cas, où l'étiologie n'a pu être précisé, il s'agissait peut être dans certains cas de dystocie dynamique irréductible. Plus souvent, sans doute, on a cru à une disproportion foeto pelvienne, et on s'est hâté d'adopter la solution de facilité, à savoir l'intervention césarienne.

En conclusion cette possibilité d'accouchements par les voies naturelles est indiscutable. Une statistique faite à l'Hôpital Lariboisière (Service du Professeur Agrégé RAVINA ; thèse de MONICE 1960) rapporte les chiffres suivants :

Nombre de femmes	Nombre d'accouchements
98	1
28	2
7	3
3	4
3	5
3	6
2	7
1	8
145	242 Accouchements

Pour notre compte, étant acquis qu'une femme antérieurement césarisée peut accoucher plusieurs fois par les voies naturelles, nous avons cru inutile de dénombrer le nombre de femmes qui correspondent à nos 162 accouchements.

Chaque fois que le problème est posé, il l'est pratiquement toujours comme s'il s'agissait d'une autre femme. Bien plus, on peut imaginer que la cicatrice utérine, distendue et éprouvée par un accouchement précédent, survenu après une 1ère césarienne, est encore plus vulnérable lors d'un accouchement qu'on se propose d'accepter par les voies naturelles.

- Cependant, si les possibilités d'un accouchement par les voies naturelles, sont réelles, est-ce à dire, que dans les autres cas, c'est la même dystocie permanente qui explique la césarienne opérative ?

D'après nos 200 observations, ayant nécessité une réintervention, on peut répondre par la négative.

Les étiologies expliquant la 1ère intervention et la réintervention ont été consignés dans le tableau suivant :

	1ère intervention	Réintervention
Disproportion foeto pelvienne	93	94
Dystocie Dynamique	17	25
Divers	62	81
Raisons inconnues	38	20

Divers : { Présentations siège, face, front, et transversale.
 { Procidences, état pathologique de la mère etc.....

On retrouve donc le même chiffre de dystocie permanente. Mais on peut craindre que sur les 38 cas d'étiologies inconnues, il n'y ait une dizaine de cas où le diagnostic de disproportion pelvienne a incité à l'intervention césarienne.

Or, l'existence d'une cicatrice utérine, intervient dans l'indication d'une césarienne itérative pour résoudre une dystocie temporaire lors d'un accouchement ultérieur. En effet, supposons, que lors d'un accouchement chez une 2ème pare, on se trouve devant une présentation transversale. S'il n'y a aucun antécédent de cicatrice utérine antérieure, on est tenté de laisser la femme aller jusqu'à dilatation complète. A ce moment, on romprait les membranes et on ferait une version suivie d'une grande extraction de siège.

En revanche, sur un utérus cicatriciel, on ne peut courir un risque de manoeuvres intra-utérines, et on est contraint d'emblée à la césarienne itérative.

C'est souligner une fois encore qu'une indication abusive d'une première césarienne conditionne tout le pronostic obstétrical ultérieur.

D'autre part, retenons que le chiffre de dystocie dynamique a augmenté.

Or le fait qu'on soit limité dans nos moyens thérapeutiques médicaux, explique qu'on soit amené fréquemment à réintervenir chirurgicalement.

- L'étude enfin de la césarienne itérative par rapport au début du travail, révèle que dans 67 cas seulement l'intervention a été pratiquée après le début du travail, attitude qui nous semble la meilleure et qu'il faut adopter dans la mesure du possible.

RETENTISSEMENT DE LA CICATRICE UTERINE SUR LE POIDS DES ENFANTS

LORS DES GROSSESSES ULTERIEURES.

Plusieurs auteurs ont souligné que le poids des enfants lors des grossesses ultérieures sur utérus cicatriciel, était sensiblement plus faible que celui des enfants nés de la 1ère césarienne.

MONIOD dans sa thèse rapporte que sur 145 enfants nés par voie basse après césarienne, 75 ont des poids plus faibles que leurs aînés. " Cette différence n'est pas en concordance avec l'augmentation du poids de naissance des enfants à terme, en fonction de la parité, qu'ont observée les classiques ".

Sur une étude portant sur 35 femmes ayant accouché par voie basse, après une 1ère césarienne, RIVA constate que le poids de naissance des enfants était dans 29 cas plus faible que celui des enfants nés par césarienne.

RIVA conclut alors : " Il est raisonnable d'affirmer que la différence de poids de naissance fut le facteur qui permit l'accouchement par voie basse dans bien des cas ".

- Pour notre part, dans un grand nombre de cas nous n'avons pas pu déterminer le poids de l'enfant à la 1ère césarienne.

Dans les autres cas, où ce poids a pu être précisé, nous avons trouvé les résultats suivants :

- Enfants ayant un poids inférieur de 100 grammes à celui de leurs aînés : 108
- Enfants ayant un poids supérieur de 100 g. à celui de leurs aînés : 106

Cette étude ne tient pas compte du mode de terminaison de l'accouchement.

- Cependant, on croit pouvoir affirmer, d'après nos observations , que l'accouchement par voie basse a été possible dans 10 cas, grâce à une baisse du poids des enfants. Dans ces 10 cas, la césarienne antérieure a été faite pour disproportion foeto pelvienne.

Cependant nos résultats globaux nous semblent suffisants pour affirmer qu'il n'y a pas une baisse manifeste du poids des enfants lors des grossesses ultérieures, chez les femmes antérieurement césarisées.

- Dans les 10 cas où cette réduction du poids, a permis manifestement l'accouchement, par les voies naturelles, on peut supposer qu'il s'agit d'une coïncidence heureuse.

INFLUENCE DE LA CESARIENNE SUR LA PRÉMATURITE LORS DES

ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS

En adoptant la classification de la majorité des auteurs, (Est prématuré tout enfant pesant moins de 2500 g.), on trouve sur le total de nos 362 naissances :

19 enfants rentrant dans ce cadre.

- Parmi ces 19 enfants, 6 enfants ont un poids inférieur à 1800 g.

Doit-on conclure que la césarienne augmente le risque de prématurité ?

Par rapport au pourcentage de prématurés observé au centre médico-chirurgical FOCH, sur 20.000 accouchements, cette augmentation du risque de prématurité n'existe pas.

(	Pourcentage globaux trouvé au centre FOCH :	5,5%	)
(	Pourcentage trouvé sur nos 362 naissances :	5,2 %	)

Cette influence sur la prématurité est contestée par de nombreux auteurs.

CHIRIE étudiant cette question (Accouchement par les voies naturelles après césarienne antérieure. Thèse : 1946) a conclu par la négative.

MONIOD (dans sa thèse : 1960) émet aussi des réserves : " si la prématurité, semble avoir augmenté, il faut faire rentrer en ligne de compte, l'âge de la parturiente, sa parité, le laps de temps écoulé depuis l'hystérotomie.....".

INCIDENCE DE LA CICATRICE UTERINE DANS LA GENESE DE LA

DYSTOCIE DYNAMIQUE.

La fréquence relative de la dystocie dynamique, lors des tentatives d'accouchement par voie basse, chez les femmes antérieurement césarisées, est connue depuis longtemps.

Entre autres, BRINDEAU avait signalé (Il est vrai surtout après les césariennes corporéales) la fréquence des adhérences utéro pariétales, source de douleurs, et sources d'anomalies de la dynamique utérine dans les accouchements ultérieurs.

Actuellement ces adhérences, " ces hystéropexies post césarienne " se rencontrent plus rarement.

Cependant, on conçoit que l'onde de contraction utérine, butant contre un écran cicatriciel ne puisse plus se propager harmonieusement. Nous préciserons, plus en détail, ces données étiologiques des anomalies de la dynamique utérine.

Quoiqu'il en soit la fréquence de la dystocie dynamique est constatée par de nombreux auteurs.

Dans nos observations, on relève 25 cas qui ont conduit à la césarienne itérative.

On relève encore, parmi les 162 accouchements normaux, 13 cas qui ont été jugulés médicalement.

En comparant ces chiffres ($25 + 13 = 38$), au nombre de fois ou la césarienne initiale, a été pratiquée pour dystocie dynamique (soit $10 + 17 = 27$ cas), on voit que la fréquence de cette dystocie a nettement augmenté.

Une statistique récente (établie dans le service du Professeur RIVIERE) rapporte que sur 77 césariennes itératives, 11 fois la 1ère intervention a été la seule explication à la réintervention.

CHASTRUSSE souligne le rôle des adhérences utérines (à type de torsion, déviations et malposition) qui peuvent s'observer après la césarienne.

Sur de tels utérus tordus et déviés, assez souvent l'épreuve du travail se solde par un échec.

Tous les auteurs ont mis l'accent sur les étiologies diverses de la dystocie dynamique (Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique , Barcelone, 1958).

En fait depuis l'avènement de la césarienne segmentaire, l'étiologie essentielle semble résider dans des anomalies propres de la contraction utérine, anomalies consécutives à l'incision d'hystérotomie.

De pareilles anomalies, posent le problème de l'emploi des ocytociques.

PLACE DES OCYTOCIQUES DANS LE CADRE DES ACCOUCHEMENTS SUR

UTERUS CICATRICIELS

Sur les 362 accouchements étudiés, il a été utilisé :

- 33 fois de l'ocytocine
- 3 fois de la spartéine

Pendant les années proches de 1950, l'ocytocine a été administrée par voie intramusculaire.

La dose était variable, depuis la rincure de seringue, jusqu'à 10 Unités.

- Ultérieurement, on a administré ce produit en perfusion intraveineuse, à la dose de 5 unités dans 500 cc de sérum physiologique, avec un débit variant entre 16 et 20 gouttes par minute.

- L'utilisation dans tous les cas était faite sous couvert d'antispasmodiques. Les indications étaient variables.

Pendant quelques années, de tâtonnement et d'essai, on a cherché à apprécier l'emploi de ces produits, sous couvert d'une stricte surveillance.

On verra l'incidence de cet emploi sur les cas de rupture utérine, observés

Rappelons que dans 13 cas d'accouchement par les voies naturelles, et sans incident, la dystocie dynamique a pu être combattue par les ocytociques.

A vrai dire, l'emploi de ces produits est refusé par la majorité des auteurs.

L'opinion du service est sensiblement différente.

Rejoignant la majorité des auteurs, nous refusons l'attitude systématique. Rejetant l'emploi des ocytociques dans un déclenchement de travail, et d'une façon plus générale au début du travail, nous reconnaissons aux ocytociques certaines indications restreintes, à condition de les utiliser en perfusion intraveineuse lente, sous stricte surveillance et en milieu chirurgical.

En effet, le problème est délicat dans certaines circonstances. Il est en obstétrique des cas où aucune solution n'est pleinement satisfaisante. Force est donc d'adopter la solution qui semble, sinon la meilleure, du moins la moins mauvaise ! Le cas schématique qu'on pourrait facilement imaginer est le suivant :

Une multipare, porteuse d'une cicatrice de césarienne segmentaire, entre en travail. Celui-ci commence et se poursuit tout à fait normalement, jusqu'à une dilatation avancée et tête engagée, ou en voie d'engagement.

Survient, alors, une " panne " dynamique.

Les contractions sont de moins bonne intensité et la tête ne descend plus.

Après avoir éliminé avec certitude tout signe de rupture utérine, on serait tenté de faire une application de forceps. Mais sur une tête, parfois à la partie toute supérieure de l'excavation, et une dilatation incomplète, on conçoit les risques pour la mère et l'enfant !

- Vaut-il mieux faire une césarienne ?

Mais sur une tête engagée, ou en voie d'engagement, on en connaît les risques pour l'enfant et pour la mère (lésions vésicales). C'est là précisément un cas, où on s'autorise à poser une perfusion d'ocytocine, sous certaines conditions strictes.

La femme est placée sur table d'opération. L'équipe chirurgicale est réunie, afin de pouvoir intervenir immédiatement, si une menace de rupture utérine s'annonçait .

En fait le risque ne doit pas être exagéré.

L'expérience révèle qu'il suffit de quelques gouttes de perfusion , pour compléter la dilatation et permettre de terminer l'accouchement par une application de forceps, sur tête engagée.

- Ultérieurement la révision utérine, qui s'impose dans tous les cas, pourrait révéler une brèche utérine !? On peut alors, réellement se demander si la brèche ne préexistait pas à la perfusion d'ocytocine.

En effet, il est nécessaire de souligner que la perfusion d'ocytocine doit donner ses résultats rapidement (1/4 heure à 1/2 heure). Si l'emploi de l'ocytocine devait se prolonger, il faut y renoncer et accepter la césarienne.

- Dans ces conditions, et ainsi codifié, l'emploi des ocytociques nous semble non seulement anodin mais utile.

Des auteurs américains signalent l'emploi de ces produits, dans des conditions analogues, et sans avoir observé d'incidents.(RIVA).

ETUDE DE LA DUREE DU TRAVAIL DANS LES CAS D'ACCOUCHEMENTS PAR

LES VOIES NATURELLES.

La cicatrice utérine, pouvant gêner la contraction utérine, a des degrés divers, même si elle ne provoque pas une véritable dystocie, il est légitime de faire une étude de la durée de la dilatation.

Sur les 162 cas d'accouchements par les voies naturelles, nous avons pu préciser cette durée dans 116 cas.

Sur ces 116 cas, le maximum (soit 85 cas) se situe entre 2 et 10 heures. Il s'agit donc de délais identiques à ceux observés pour les accouchements **survenant** sur utérus normaux.

Le minimum signalé dans nos observations est de 1/2 heure. Le maximum est de 20 heures.

Sur les cas restant (soit $116 - 85 = 31$) la plupart des accouchements sont survenus après une période de dilatation durant 12 à 13 heures.

En résumé, dans la majorité des cas, la durée de la dilatation se situe dans les délais normaux. Mais dans une proportion non négligeable de cas, il y a une lenteur de la dilatation.

Ceci joint à la fréquence de la dystocie dynamique vraie, met en relief encore un trouble de la contraction utérine.

ETUDE DE LA PERIODE D'EXPULSION ET DE DELIVRANCE.

- PERIODE D'EXPULSION :

- Il est difficile d'en faire une étude chiffrée.

Chaque fois que cette expulsion s'avère nécessiter des efforts importants " de poussées " on a pratiqué une application de forceps. Or, et on l'a vu, on n'a pas été conduit à faire des applications de forceps dans la majorité des cas.

Ceci indique que bon nombre d'accouchements se terminent tout à fait spontanément.

Notons que dans les cas d'expulsions s'avérant laborieuses, nous n'avons pratiqué que des applications de forceps.

Jusqu'à ce jour, notre expérience du vacuum extractor, n'est pas suffisante pour autoriser une opinion à ce sujet.

C'est un point qui mériterait d'être pensé dans les années à venir.

- PERIODE DE DELIVRANCE :

Certains, ont souligné la fréquence relative de la rétention placentaire et des membranes.

Ces cas ne nous ont pas paru nombreux dans nos observations, pour mériter une étude détaillée.

Du reste, c'est là un problème peu important en pratique. Au moindre signe d'hémorragie ou de rétention placentaire, on ne fait qu'avancer l'heure de la révision utérine qui s'impose dans tous les cas.

En revanche, la révision utérine, peut découvrir une rupture, complication majeure que nous allons étudier.

RUPTURES UTERINES

En parcourant la littérature à propos de cette question, l'impression qui se dégage est que le terme de rupture est utilisé pour désigner des lésions bien différentes, quant à leurs étendues, leur pronostic et leur thérapeutique.

Ceci explique, sans doute et en partie, les statistiques parfois très différentes, des uns et des autres.

Pour notre part, nous subdivisons les ruptures relevées dans nos observations, en ruptures complètes, ruptures incomplètes et déhiscences de la cicatrice.

- On entendra par rupture complète:une ouverture de la région cicatricielle de bout en bout.

- Le terme de rupture incomplète, désigne pour nous, une solution de continuité partielle de la cicatrice.

Notons que dans un cas, comme dans l'autre, nous y incluons les ruptures sous péritonéales.

- Enfin, le terme déhiscence désigne pour nous, un amincissement de la cicatrice, sans solution de continuité.

CHAPTER 1

The first part of the book is devoted to the study of the properties of the function $f(x)$ defined by the equation

$$f(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt.$$

It is shown that $f(x)$ is an increasing function and that its range is the interval $(0, \frac{\pi}{2})$.

In the second part of the book, the properties of the function $f(x)$ are studied in more detail.

It is shown that $f(x)$ is a concave down function and that its graph has a horizontal asymptote at $y = \frac{\pi}{2}$.

The third part of the book is devoted to the study of the properties of the function $f(x)$ in more detail.

It is shown that $f(x)$ is a concave up function and that its graph has a horizontal asymptote at $y = \frac{\pi}{2}$.



OBSERVATIONS DES RUPTURES RELEVÉES SUR NOS 362 CAS ETUDIÉS.

N° 1 - Voi...Paulette, âge 26 ans.

Antécédents : 1946-47-49 : césariennes

1950 : - Césarienne itérative à Foch, avant tout début du travail. Extraction d'un enfant pesant 2660 g, vivant.

- C.R.O. "Sur la ligne médiane, et la face antérieure, du segment inférieur, perforation utérine spontanée de la taille de 5 F, au niveau de laquelle, font hernies les membranes. Reconstitution du muscle utérin et ligature résection des trompes ".

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 2 - Del....Gabrielle, âge 29 ans.

1952 : Césarienne pour anomalies de dilatation;
enfant 3250 g.

Le 28.10.53: Césarienne itérative après échec du déclenchement du travail. A eu une perfusion d'ocytocine.

Lors de l'intervention, on constate une brèche de 3 cm de long, au niveau de l'ancienne cicatrice. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3400 g.

Réparation de la brèche utérine.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

N° 3 - Lac...Odette, âge 30 ans.

1948 : césarienne 3500 g, enfant décédé à l'âge de 5 semaines.

Le 9.9.53 : A eu au cours du travail qui s'est déclenché spontanément, une perfusion de post hypophyse.

Quelques heures après, le diagnostic de rupture est fait sur la disparition brutale des bruits du coeur de l'enfant.

A la laparotomie d'urgence, on découvre un foetus complètement exteriorisé et mort, pesant 4120 g.

On pratique une réfection de la brèche musculaire et celle de refend du bord droit.

Suites opératoires normales.

N° 4 - Re....Marguerite, âge 32 ans.

En 1941 : Accouchement normal.

1953 : (à Foch) : Césarienne pour souffrance foetale et disproportion foetopelvienne.

Le 7.3.54 : Césarienne pour rupture utérine, au bout de 6 heures de travail.

N'a pas eu de perfusion.

- Extraction d'un enfant mort, pesant 3250 g.

En raison des lésions, on pratique une hystérectomie avec conservation des annexes.

Suites opératoires normales.

N° 5 - Bau....Gisèle, âge 24 ans.

1953 : Césarienne pour disproportion foetopelvienne.

19.11.1956: Intervention immédiate, pour rupture utérine à dilatation complète, suivie d'hystérectomie.

A eu a dilatation 4 cm et tête, non engagée, une perfusion de post hypophyse.

2 h.30 : après le début de cette perfusion, la dilatation est complète et la tête engagée.

Le diagnostic de rupture est fait sur la perception d'un membre (qui paraissait correspondre au coude) sous la paroi abdominale.

L'intervention permet d'extraire un enfant vivant pesant 3370g.

C.R.O. "Du sang et des caillots dans le ventre.

A l'intervention, on s'aperçoit qu'il existe une brèche, le long de la partie basse du segment inférieur, et à la face antérieure du corps de l'utérus. Au voisinage du fond le coude de l'enfant fait hernie à travers la brèche.....

En raison des lésions on pratique une hystérectomie subtotale avec conservation des annexes ".

N° 6 - Cou....Yvette.

1955 : césarienne, enfant mort né.

1956 : Accouchement par forceps TARNIER
enfant 4080 g vivant.

La femme a eu une perfusion d'ocytocine.

A la révision utérine, rupture du segment inférieur.

L'intervention est pratiquée immédiatement.

C.R.O.: Pas de sang dans la grande cavité.

Le ligament large droit est distendu par un hématome important.

Incision du feuillet antérieur du ligament large. Evacuation des caillots. L'utérus est rompu et la brèche comporte deux segments:

1) Un segment vertical le long du bord droit.

2) Un segment horizontal qui est la cicatrice de la césarienne antérieure désunie.

- Suture en un plan au catgut n°2, en X des 2 segments de la brèche.

Suites normales.

N° 7 - Lac...Odette.

1948 : cesar.

1953 : (Foch) César.) : Rupture utérine, voir ci-dessus.

1957 : Césarienne itérative au terme de 8 mois. Enfant vivant, pesant 2750 g.

C.R.O.: " Rupture de 3 cm, transversale, siégeant 2 cm au dessous de l'incision d'hystérotomie. Réfection de la brèche...."

Suites normales.

N° 8 - Fou...Jeanne. Age 41 ans.

- 15 accouchements normaux.

- 6 fausses couches avec 3 curettage.

- 1957 : hystérotomie corporéale pour rétention d'oeuf mort.

Le 7.8.58 : Césarienne à 8 mois avec ligature des trompes.
Extraction d'un enfant vivant : 3590 g.

A l'intervention, on constate, au niveau de la vessie, un hématome de la taille d'une prune.

N° 9 - Con.....Monia, âge 30 ans.

1955)
) Césariennes
1956)

1958 : Césarienne itérative, sur une grossesse près terme pour césarienne corporéale antérieure.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3700 g.

C.R.O.: " Il existe une désunion de la césarienne segmento corporéale antérieure.

La tranche utérine est irrégulière.

Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes..."

Suites normales.

N° 10 - Pou....Martine.

1945)
1949 } Accouchements normaux
1951)

1955 : A Courbevoie, césarienne pour non engagement,
4475 g.

Le 6.3.58 : Césarienne itérative pour disproportion
foeto pelvienne et souffrance foetale dès le début du travail.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3700 g.

C.R.O.: " La cicatrice utérine est de mauvaise qualité,
et il existe une rupture utérine sur le bord latéral gauche de
l'utérus, allant jusqu'à l'insertion vaginale. On termine par li-
gature des trompes, étant donné l'état du segment inférieur."

Suites normales.

N° 11 - Cau....Thérèse. Age 36 ans.

1955 : Césarienne à Fort Lamy sur enfant mort.

Le 8.8.1958 : Césarienne à la fin de la grossesse.

Extraction d'un enfant vivant pesant : 3300 g.

C.R.O.: Rupture à la partie supérieure et inférieure
de l'ancienne cicatrice segmentaire....."

N° 12 - Ma...Jeanne. Age 40 ans.

1956 : Césarienne

8.4.58 : Césarienne pour bassin rétréci et augmentation
des agglutinumies anti Rh.

Enfant pesant : 2550 g.

C.R.O.: " Enfant mort et même un peu macéré, alors que l'auscultation avant l'intervention avait paru positive. La cause de la mort est reconnue à l'intervention. La paroi antérieure du segment inférieur est déhiscente, simplement constituée par une mince lamelle, doublant le péritoine pelvien.....".

Suites opératoires normales.

N° 13 - Pr.....Andrée. Age : 31 ans.

1950 : Césarienne pour bassin rétréci.

1959 : Césarienne itérative pour bassin rétréci.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3660 g.

C.R.O.: " L'exploration du ligament large montre une dilacération au niveau de l'isthme ".

Suites normales.

N° 14 - Ha....Marthe. Age : 26 ans.

1956 : (Foch) : Césarienne pour non engagement.

Enfant 4500 g.

Le 1.1.59 : Césarienne itérative, après 3 heures d'épreuve du travail.

C.R.O. : " Au moment de l'extraction, on s'aperçoit qu'il existe une déchirure en T sur l'isthme....".

Enfant vivant, pesant : 3730 g.

Suites normales mère et enfant.

N° 15 - Pa.....Rose : Age 32 ans.

1949 : Accouchement normal.

1956 : Césarienne pour présentation de la face.

Le 5.9.59 : "Césarienne itérative pour présentation du front . Extraction d'un enfant vivant pesant 3220 g.
Il existe au niveau de la cicatrice précédente une zone très amincie, préperforée sur la ligne médiane."

Suites normales : mère et enfant.

N° 16 - Po....Françoise. Age: 35 ans.

En (?) : césarienne.

En 1958 : Césarienne à 8 mois 1/2. 3075 g.

Le 27.7.60 : Césarienne itérative et ligature des trompes,
Enfant vivant : 4130 g.

C.R.O. : " Après le décollement interv-sico-utérin, le segment inférieur apparaît mince et fibreux, déhiscent sur au moins 3 cm....".

COMMENTAIRES : (voir tableaux à la fin du chapitre)

LES RUPTURES COMPLETES : (5 cas).

- Notons que la seule fois où la rupture était une découverte de réintervention systématique, il y avait un antécédent de césarienne corporeale.
- Dans les autres cas :
 - les femmes ont fait ou complété leur rupture au cours du travail.
- Les circonstances de découverte ont été variables :
 - Une fois : disparition des bruits du coeur.
 - Une fois : Souffrance foetale.
 - Une fois : Perception d'un coude sous la paroi abdominale.
 - Une fois : découverte de révision utérine systématique.
- 2 morts foetales sont observées. En revanche on ne note aucune mort maternelle.
- Trois fois, on a été contraint de pratiquer une hystérectomie.
- Dans les autres cas, fut pratiqué une refexion de la brèche musculaire, sans ligature resection tubaire.
- Enfin, nous notons que l'ocytocine a été utilisée a trois reprises. Nous avons vu ce qu'il fallait en penser actuellement.

Une femme ayant bénéficié d'une refexion musculaire simple, est retrouvée ultérieurement dans nos observations de ruptures incomplètes (Conf N°3 et N° 7).

Malgré la césarienne itérative avant tout début du travail, on a décelé une solution de continuité partielle.

Une autre femme (observation N°6) accouchera ultérieurement (1960) à Foch, par césarienne itérative avant tout début du travail. Aucune lésion n'est décelée au niveau du segment inférieur, mais des difficultés de suture et d'hémostase justifient l'hystérectomie. Il apparaît ainsi que la refexion musculaire simple, peut être envisagée, chaque fois qu'elle est possible, compte tenu du nombre d'enfants vivants, et sous réserve d'une stricte surveillance et d'une césarienne itérative avant tout début de travail.

Une possibilité supplémentaire de grossesse est accordée à la femme; A l'inverse, celle-ci doit se soumettre à une surveillance accrue dès la fin du 8ème mois de la grossesse.

Au total sur 5 ruptures complètes : 1 antécédent de césarienne corporéale connu (observation n° 9) et un antécédant méconnu (observation N° 5).

LES RUPTURES INCOMPLETES

- Parmi les 8 observations, trois préexistaient à tout début du travail.
- Toutes sont des découvertes opératoires.
- Il n'y a aucune mort maternelle.
- On ne compte aucune mort foetale.
- Dans un cas, il y a eu perfusion d'ocytocine.
- Un certain nombre de femmes ont paru justiciables d'une ligature résection tubaire (3 femmes).
- D'autres, ont subi une réparation musculaire simple.

Parmi ces dernières, une femme (Obs.N°2), a eu une nouvelle grossesse et a accouché ultérieurement dans le service, par césarienne itérative avant tout début du travail. L'intervention n'a montré aucune lésion sur le segment inférieur et a comporté une ligature résection tubaire.

Rappelons enfin qu'un des 8 cas, est une récurrence d'une rupture complète .

LES DEHISCENCES

- 2 fois sur 3 la déhiscence préexistait à tout début du travail.
- Aucune mort maternelle.
- Une mort foetale imputable en partie à l'augmentation du taux d'agglutinines (observation n° 12)
- Enfin sur les 16 cas de ruptures à des degrés divers : 4 antécédents de césarienne dans le service. Dans aucun de ces cas : il n'a été signalé de difficultés opératoires.
- L'analyse de ces ruptures , a été successivement faite :
 - 1) Quant à leur type et leur survenue par rapport au travail.
 - 2) Leur survenue par rapport au délai qui sépare de la date de la césarienne précédente.
 - 3) Par rapport au nombre de césariennes précédentes.

L'analyse du tableau (A) permet de conclure que la rupture complète est essentiellement observée quand le travail est amorcé.

La rupture incomplète se voit à peu près autant à la fin de la grossesse ou au début du travail.

La déhiscence semble préexister dès la fin de la grossesse. Peut être être existe-t-elle dès le processus de cicatrisation de la 1ère césarienne terminé ?.

En considérant le tableau (B), on remarque que le maximum de rupture est survenu dans les trois ans qui suivent la 1ère césarienne (13 fois sur 16), avec une nette prépondérance dans les 2 années qui succèdent à la 1ère césarienne. Ceci est en accord avec les constatations de la majorité des auteurs qui estiment que les qualités anatomiques et fonctionnelles de la région cicatricielle s'améliorent, au fur et à mesure que le délai qui sépare cette césarienne d'une nouvelle grossesse s'allonge.

Aussi est -il recommandé de conseiller aux femmes césarisées de ne pas devenir enceintes avant un délai de 2 à 3 ans.

L'étude du tableau (C) permet de conclure que la majorité des ruptures, survient après un seul antécédent de césarienne.

TABLEAU A

	Avant le travail	Pendant le travail
Rupture complète	1	4
Rupture incomplète	3	5
Dehiscence	2	1

TABLEAU B

	Rupture Complète	Rupture incomplète	Dehiscence
1 an après	2	3	
2 ans après	1		2
3 ans après	1	3	1
4 ans après		1 (récidive de rupture complète)	
5 ans après	1		
9 ans après		1	
Total	5	8 (dont 1 récidive d'une rupture complète)	3

TABLEAU C

	Rupture complète	Rupture incomplète	Déhiscence
1 césarienne	4	6	2
2 césariennes	1	1 (=récidive)	1
3 césariennes		1	

Au total les ruptures utérines s'observent essentiellement après une 1ère césarienne.

Elles sont d'autant plus étendues, que la femme est entrée en travail; et que celui-ci est plus avancé.

Enfin elles surviennent essentiellement dans les 2 à 3 années qui succèdent à la 1ère césarienne, quand se développe une grossesse ultérieure.

La rupture ne serait que la conséquence d'une déhiscence préexistante. Cette déhiscence existerait dès le processus de cicatrisation de la 1ère césarienne terminé. Elle peut devenir une véritable rupture incomplète (avec solution de continuité) dès la fin de grossesse, et avant le début du travail. Enfin, et ceci est bien connu, la césarienne corporéale donne des cicatrices particulièrement vulnérables, avec souvent des ruptures complètes (2 fois sur 5 dans nos observations).

Au total sur 362 accouchements, on compte :

- 16 ruptures à tous les degrés, plus précisées et on dénombre :

- 5 ruptures complètes soit : 1,3 %

- 13 ruptures complètes et incomplètes soit 3,5 %

- On sait qu'on compte classiquement : 1 à 3 % de ruptures dans les antécédents de césariennes segmentaires et :
5 à 20 % dans les antécédents de césarienne corporéale.

Notons que notre statistique, n'est pas épurée.
En particulier dans le pourcentage, nous n'éliminons pas les 2 ruptures complètes dues à des antécédents de cicatrices corporéales.

En fait, si on élimine ces 2 ruptures, et si on déduit de nos 362 cas étudiés les 15 femmes porteuses de cicatrices corporéales (voir plus loin), le calcul de pourcentage par rapport aux cicatrices de césariennes segmentaires donne le résultat suivant :

3,1 % = de rupture à tous les degrés ((solution de continuité)

0,8 % de ruptures totales.

Nous ne pouvons savoir si nos chiffres sont comparables rigoureusement aux pourcentages donnés par d'autres auteurs, étant donné l'imprécision qui règne autour du terme de rupture.

Citons, quelques résultats que nous avons pu noter :

2 % : Maternité PINARD (Pr. LEPAGE)

dont 1,5 % de ruptures vraies.

1,92 % : Maternité Lariboisière (Pr. RAVINA)

7,6 % dans une statistique ancienne de CHASTRUSSE. (1952).

A titre documentaire, nous empruntons à MULLER, les 2 tableaux suivants :

- Tableau comparatif des ruptures utérines complètes quant à leur moment de survenue.

	Total	Avant la 39ème semaine	Au moment du travail
SCHMITZ	3	2	1
WILSON	9	7	2
HINDMAN	8	4	4
COSGROVE	5	2	3
RIVA	0	0	0
LANE	3	2	1
POIDEVIN	0	0	0
BAKER	0	0	0
LAWRENCE	0	0	0
DOUGLAS	5	2	3
LAWLER	0	0	0
TOTAL	33	19	14

Les résultats observés par MULLER, sont en discordance avec nos observations.

- Par contre dans le tableau ci-dessous, on perçoit nettement l'incidence de l'antécédent de césariennes corporéales, dans la genèse de rupture complète.

	Accouchements normaux	Rupt.utérine complète	Césarienne Corporéale	Césarienne segmentaire
SCHMITZ	106	3	3	0
WILSON	365	9	9	0
HINDMAN	177	8	7	1
COSGROVE	221	5	5	0
RIVA	100	0	0	0
LANE	114	3	3	0
POIDEVIN	83	0	0	0
BAKER	74	0	0	0
LAWRENCE	121	0	0	0
DOUGLAS	339	5	3	2
LAWLER	70	0	0	0
TOTAL	1770	33	30	3

CONCLUSIONS GENERALES SUR LES RUPTURES UTERINES

Bien que les pourcentages publiés varient d'un auteur à un autre, les ruptures utérines n'ont pas disparu avec l'avènement de la césarienne segmentaire.

Mais certains points essentiels sont à souligner.

Le risque de rupture grave, en cas de césarienne corporéale antérieure, l'est encore plus en raison de l'incidence sur la mère et l'enfant.

En revanche, on assiste avec l'extension de l'hystérotomie segmentaire, à une fréquence relative de ruptures incomplètes, sous péritonéales, latentes et silencieuses, dont l'incidence sur la mère est nulle, et reste minime sur l'enfant.

(voir ci-après les trois tableaux récapitulatifs).

RUPTURES COMPLETES

Pendant le travail	Avant le travail
<u>Lac...</u> (<u>Obs.3</u>) P+ E (-) R+ <u>Rel..Mar.</u> (<u>Foch</u>) (<u>Obs.4</u>) E (-) Hyst. <u>Bau</u> (<u>Obs.5</u>) P+ E+ Hyst. <u>Pou..Yvette</u> (<u>Foch</u>)(<u>Obs.6</u>) P+ E+ R+	<u>Con...</u> <u>Mar...</u> (<u>Obs.9</u>) E+ Hyst.

Légendes pour les 3 tableaux :

E+ = enfant vivant

E- = enfant mort

R = réfection de la brèche

L = Ligature des trompes

P = Post hypophyse

Hyst. = Hystérectomie

Foch = césarienne initiale faite à Foch

RUPTURES INCOMPLETES

Avant le début du travail	Pendant le travail
<u>Voil....</u> : E+ (Obs 1) R+ L+ Lac ... : E+ (Obs.7) R+ <u>Fa...</u> J. ... (Obs.8) E+ R+ L+	<u>Del...</u> (Obs.2) P+ E+ R+ <u>Po...</u> <u>Ma...</u> (Obs.10) E+ R+ L+ <u>Ca...</u> ... (Obs11) E+ R+ <u>P ... A ...</u> (Obs.13) E+ R+ <u>Ha...</u> <u>Mar...</u> (Foch)(Obs14) E+ R+

DEHISCENCES

Avant le travail	Pendant le travail
<u>Ma...</u> (Obs.12) E (-) R+ <u>Por...</u> <u>Fr ...</u> (Foch) (Obs.16) E+ R+ L+	<u>Par...</u> (Obs.15) E+ R+

MORTALITE MATERNELLE ET FOETALE

MORTALITE MATERNELLE :

Sur nos 362 cas observés et en dépit des 16 cas de ruptures, on ne note qu'une mort maternelle. Encore faut-il ajouter que cette mort n'est pas liée directement au fait de l'utérus cicatriciel.

Observation : Al... . R... : N°141. 36 ans.

1942 : Césarienne à terme. Enfant 3130 g.

Suites normales.

Le 19.3.1950 : Césarienne itérative pour siège plus P.Praevia. L'intervention fut décidée dès les 1ères heures du travail. On extrait un enfant : 2310 g. vivant, mais qui sera décédé au bout de quelques jours.

- Suites opératoires : Les suites immédiates de la césarienne sont troublées par la survenue de métrorragie en même temps que s'installe un état de choc.

Quelques heures après : On réintervient : On pratique une hystérectomie subtotale, avec conservation annexielle. Dans l'immédiat l'hémorragie est tarie et les suites sont satisfaisantes. Mais au bout de quelques heures, on assiste à un retour des métrorragies, en même temps que s'installe un état de choc, de plus en plus résistant à la réanimation par transfusion sanguine.

Finalement la malade succombe dans un état de collapsus.

Cette observation suggère une fibrinolyse.

Notre méconnaissance de cette affection à cette époque, fait qu'on n'ait pas tenté les traitements adéquats.

Mais doit-on rattacher cet accident à l'antécédent de cicatrice antérieure ?? On sait actuellement que pareil syndrome peut survenir après tout accouchement apparemment le plus banal, mais favorisé par certaines conditions étiologiques.

Plus que l'antécédent de cicatrice utérine, il nous semble important de souligner qu'il s'agissait d'un Placenta praevia.

MORTALITE FOETALE :

Entre les enfants morts nés et ceux mort dans les 10 jours qui suivent nous comptons 9 enfants.

Dans 3 cas ; il s'agissait de rupture utérine.

Sur ces 3 cas : 2 sont imputable de façon certaine à la rupture.

Dans un autre cas ; la déhiscence s'associe à l'augmentation d'agglutinine anti Rh. pour expliquer la mort foetale.

Dans les autres cas (soit 6) la mort est imputable à la prématurité dont la cause est diverse (Placenta praevia et syndromes vasculo rénaux)

En résumé : 3 morts par rupture

6 morts par prématurité.

- Dans 5 cas : il s'agissait d'une mortinatalité
- Dans 4 cas : il s'agissait d'une mortalité néonatale .
- Ceci donne les résultats suivants :

Mortalité foetale : 2,4 %.

- Mortinatalité : 1,3 %
- Mortalité néo-natale : 1,1 %.

soit : des résultats approximativement identiques à ceux observés globalement à la Maternité Foch sur 20.000 accouchements (Mortalité périnatale 2,7%. Mortinatalité : 1,4 %, Mortalité néonatale: 1,3 %.

LIGATURE RESECTION TUBAIRE. - HYSTERECTOMIE.

En aucun cas, ces interventions n'ont été pratiquées dans les suites de couches des accouchements normaux.

- Sur 200 interventions itératives, on relève :

- 45 ligatures résections tubaires.

- 9 hystérectomies, avec conservation annexielle.

- L'hystérectomie, a été nécessaire à trois reprises en raison de l'état des lésions de rupture complète.

- Dans les six autres cas, cette intervention a été adoptée en raison de difficultés d'hémostase, incitant à la prudence.

Dans tous les cas, ces interventions ont été pratiquées compte tenu de l'âge de la femme, du nombre d'enfants vivants, et de ses désirs de maternité.

- La ligature résection tubaire, a été pratiquée 4 fois en raison d'antécédents de rupture utérine, ou de rupture actuelle, de degré variable.

La même conduite a été adoptée dans les autres cas pour des raisons diverses :

- tantôt un état pathologique de la mère, rendant nuisible la survenue d'une nouvelle grossesse : (Hypertension, cardiopathie, néphrite, tuberculose rénale et pulmonaire évolutive).

- Tantôt pour des conditions anatomiques locales rendant dangereux l'accès sur le segment inférieur lors d'une intervention ultérieure. Il en est ainsi quand une attraction de la vessie, ou de multiples adhérences utéro-pariétales et intestinales, rendent dangereux l'accès sur ce segment. Dans tous ces cas, il a été également tenu compte dans la décision, de l'âge, de la parité et des désirs de la malade. L'accord écrit des 2 partenaires a toujours été exigé avant l'intervention, comme il est habituel de le faire.

Reste un groupe de cas ou la ligature résection tubaire, nous paraissait discutable. Il nous est apparu que la ligature résection a été pratiquée, sans qu'aucune raison précise ne l'ait motivée dans une dizaine de cas, à 3ème ou 4ème césarienne itérative, comme il était courant de le faire jusqu'il y a quelques années. Cette attitude nous semble être une séquelle du passé et nos conceptions semblent devoir être révisées. Plusieurs publications mentionnent la possibilité de 5, 6 voire plus, césariennes itératives !.

S'agit-il là d'exception ? ou doit-on lier à la 3ème ou 4ème césarienne quasi systématiquement les trompes, chez des femmes chez lesquelles aucun antécédent pathologique, aucune condition anatomique particulière, n'incite à le faire dans l'immédiat ?

En nous reportant à notre tableau sur l'influence des césariennes itératives, dans la genèse des ruptures utérines, nous pouvons conclure que les interventions itératives, ne jouent pas un rôle majeur ! Par ailleurs, il est permis d'espérer, qu'une amélioration des techniques d'hystérotomie, joint à de meilleurs critères pour juger de la qualité d'une cicatrice de césarienne, permettront d'abandonner une telle attitude systématique.

En vérité il est des cas ou des considérations sociales chez des femmes ayant de nombreux enfants, nous incitent à le faire ! Mais en dehors de ces cas, qui peuvent ne pas emporter la conviction du législateur, il semble préférable de préserver l'avenir, sous réserve que ces femmes puissent être suivies de près dans un Centre Obstétrical bien équipé, à l'occasion d'une nouvelle grossesse

INCIDENCE DE LA CICATRICE DE CESARIENNE, QUAND ELLE EST CORPOREALE

SUR LE DEROULEMENT DES ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS.

Parmi nos observations, nous comptons au total 15 femmes qui ont eu un antécédent de césarienne corporeale.

Sur ces 15, 13 ont accouché par césarienne itérative.

Sur les 13, rappelons qu'il y a 2 cas de rupture totale de l'utérus.

Parmi ces 2 cas, une fois la rupture a été découverte, alors que la césarienne était faite avant le début du travail.

Une autre fois, (Obs.N°5), la femme est entrée en travail.

Aux dires de la femme, il y avait un antécédent de césarienne segmentaire. Aussi a-t-on laissé se poursuivre le travail. La suite des événements a révélé qu'il s'agissait d'un antécédent de césarienne corporeale.

Deux femmes sur les 15, ont accouché normalement.

Une d'elle est entrée alors qu'elle a débuté son travail. Celui-ci déjà avancé semblait évoluer normalement.

On s'est contenté de surveiller la femme.

Celle-ci accoucha d'un enfant pesant 3660 g, vivant. La durée de la dilatation était environ de 3 heures. Rien d'anormal n'est noté à la révision utérine.

Nous nous permettons de rapporter en détails, la dernière observation. Nous considérons qu'il s'agit d'une observation heureuse. Il n'empêche qu'il y a eu une faute, qu'il faut avoir soin d'éviter.

Il s'agit d'une femme, ayant eu une césarienne corporéale dans les antécédents, et qui ultérieurement a accouché à trois reprises dans le service, par les voies naturelles, et sans incidents, et ceci malgré des erreurs itératives de jeunes praticiens, peu avertis et ne s'étant pas attachés à fouiller chaque fois les antécédents.

Observation : He.....Jeanine

1954 : césarienne corporéale

Enfant 3560 g.

Le 6.11.55 Accouchement par forceps

Enfant pesant 3950 g.

A la révision l'opérateur signale : " cicatrice de césarienne large et amincie ".

La femme a complété sa dilatation dans un délai de 9h 20, et a reçu au cours du travail 5 U. de post hypophyse en perfusion.

L'accouchement a eu lieu 3 heures après le début de la perfusion.

En 1957 : Elle accouche par forceps.

L'enfant pesait : 3500 g.

La durée de la dilatation était de 11 h 45.

A la révision utérine : rien de signalé.

Les suites sont normales pour la mère et l'enfant.

En 1959 : Nouvel accouchement par forceps

Enfant pesant 4020 g.

A la révision utérine ; rien de signalé.

Au total sur 15 femmes avec antécédents de césariennes corporéales, 3 femmes seulement sont entrées en travail.

- 1 par méconnaissance de l'antécédent de césarienne corporéale.
Ceci entraîne à une rupture totale.

- 1 femme, rentre à l'hôpital alors que le travail est avancé ;
on se contente de la suivre. Elle accouche normalement sans incident.

- 1 femme enfin accouche à trois reprises, sans incident. Malgré ce résultat heureux, nous considérons qu'il s'agit là d'une faute.

On sait en effet, que, certains auteurs (COUVELAIRE) avaient signalé que le risque de rupture en cas d'antécédent de césarienne corporéale est seulement de 4 %. Nous croyons, pour notre part que le risque est plus grand. Surtout, fait essentiel, ce risque ce double d'un grave danger pour la mère et l'enfant.

En résumé, nous avons tenu à rapporter en détails cette observation, pour montrer que quelques fois la cicatrice corporéale était susceptible de résister aux ocytociques et permettre ultérieurement trois accouchements par les voies naturelles.

Notre conclusion sera qu'il s'agit là d'une exception. La règle générale demeure vraie à savoir la nécessité quasi absolue d'une césarienne itérative, après un antécédent de césarienne corporéale.

INCIDENCE D'UNE CICATRICE DE CESARIENNE ASSOCIEE A UNE CICATRICE

DE MYOMECTOMIE

Parmi nos observations; nous comptons cinq femmes, dont l'utérus était le siège d'une double cicatrice.

Voici résumées brièvement ces observations :

Observation 1 : Mey....M.....Louise. 32 ans.

1954 : césarienne et dans le même temps myomectomie.

1956 : césarienne. Enfant bien portant.

Observation N°2 : Veill.....36 ans.

1957 : Ablation de trois fibromes

1958 : Césarienne pour albuminurie

1961 : Accouchement par forceps.

Observation N° 3: Fe..R... 36 ans.

1949 : Césarienne pour ?

1957 : Myomectomie

1961 : Césarienne.

Observation N°4 : Leb....Th.... 35 ans.

1958 : Césarienne et dans le même temps ablation
de trois fibromes.

1960 : Accouchement par forceps.

Observation N°5 : Ph....Thérèse: 28 ans.

En (?) : Myomectomie

1958 : Césarienne à terme; enfant décédé.

1960 : Césarienne.

- Malgré la fréquence des césariennes (3 fois sur 5), celle-ci a été justifiée surtout par l'âge et la parité.

4 femmes sur les 5, ont plus de trente ans. Toutes sont des secondipares. En fait la cicatrice de myomectomie, en elle-même joue peu. Son association à une cicatrice de césarienne, ne semble pas accroître les risques de rupture utérine.

B - Discussion

A la lumière de cette étude analytique, on peut conclure que la cicatrice de césarienne a peu de retentissement lors d'un accouchement ultérieur sur le poids des enfants, la prématurité, la durée du travail, la mortalité tant foetale que maternelle.

En revanche sont à retenir :

- La fréquence de la dystocie dynamique.

- Et surtout la possibilité de rupture utérine.

- Ces deux grandes complications trouvent leur explication dans ce qui suit.

On étudiera successivement :

- 1) L'histologie et la physiologie de la cicatrice de césarienne.

- 2) Les aspects anatomocliniques, les plus fréquents actuellement, des ruptures utérines.

- 3) Les éléments qui conditionnent la qualité de la cicatrice de césarienne, et ceux qui interviennent dans sa résistance au cours d'une grossesse et d'une épreuve du travail ultérieures.

- 4) Enfin sera résumée la conduite à tenir en face d'un accouchement sur utérus cicatriciel, telle qu'elle est adoptée à la Maternité de l'Hôpital Foch.

HISTOPHYSIOLOGIE DE LA CICATRICE D'HYSTEROTOMIE :

L'étude histologique a confirmé que la cicatrice était formée initialement d'un tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif d'union, entre les fibres musculaires sectionnées, est envahi secondairement par du tissu musculaire. Il s'agit de fibres lisses, peu solides dont la quantité et la qualité dépendent du myomètre lui-même.

Certains auteurs (AUDEBERT et TOURNEUX) auraient observé une restitution ad integrum 2 fois sur 3.

C'est la une exception et peut être une apparence.

D'après SWARTZ et SIEGEL, le processus de cicatrisation réalise une réaction fibroblastique aboutissant à un tissu d'union.

Tardivement cette zone d'union se rétrécit et est englobé par le muscle environnant; la cicatrice semble provenir du muscle lui-même.

En France COUVELAIRE (1909), étudiant, le processus de cicatrisation, affirme que le tissu cicatriciel peut reproduire, ou du moins caricaturiser le tissu dans lequel il se développe : fibres musculaires dans le corps utérin, et tissu conjonctif dans le segment inférieur. Cette hypothèse est infirmée par la pratique qui révèle que la cicatrice corporéale est plus fragile que la cicatrice segmentaire.

Plus récemment LEPAGE et ses collaborateurs, confirment l'existence d'une sclérose interstitielle avec réaction fibroblastique et faisceaux musculaires dissociés. Les auteurs ajoutent " Malgré l'hypertrophie due à la gravidité, les fibres musculaires sont courtes, trapues, et les noyaux qui devraient être normalement fusiformes, sont d'aspect triangulaires. L'ensemble évoque des fibres musculaires de médiocre qualité... ..

Le réseau capillaire est moins développé que normalement, témoin d'une vascularisation faible ".

De plus l'épithélium de revêtement, qui est de type endocervical, envoie des évaginations loin dans le muscle. Ceci explique peut être, les images d'addition observées sur les hystérogaphie.

Enfin d'après SIEGEL, l'abondance de tissu conjonctif interstitiel, est plus importante, dans le cas des cicatrices d'hystérotomie par césarienne, que dans le cas d'utérus, non gravides.

Ceci est conforme à l'observation clinique.

En outre, il faut rappeler l'action des oestrogènes pendant la grossesse.

HESS, en Amérique, a précisé cette action sur les cornes utérines de souris, sectionnées et suturées.

- A doses moyennes d'oestrogènes, la résistance de la cicatrice à la traction est d'abord nulle les 4 premiers jours, puis croit à mesure que se développe la réaction fibroblastique.

- En revanche à doses importantes d'oestrogènes, (tel que cela est réalisé pendant la grossesse) la résistance de la cicatrice à la traction diminue.

Ainsi les oestrogènes contribuent à diminuer la résistance de la cicatrice pendant la grossesse.

En outre les fibres musculaires qui se trouvent dans la cicatrice, ne semblent pas douées d'une extensibilité et d'une élasticité normales.

Cette extensibilité augmente avec le temps. Ainsi on s'explique que la majorité des ruptures s'observent dans l'année qui suit la 1ère césarienne, avec pour corollaire un risque moins grand quand la nouvelle grossesse est plus éloignée de la première. Nos observations sont conformes à ces données.

Dans le cas d'une rupture se produisant des années après la 1ère césarienne, la responsabilité peut sans doute être imputée, à la mauvaise qualité du muscle utérin lui-même et de son pouvoir de régénération.

Etudiant la physiologie de l'utérus cicatriciel KIEFFER a rappelé que l'incision d'hystérotomie, détruisait l'architecture musculaire. Ainsi, les lignes de force représentées par les fibres longitudinales, circulaires ou obliques étaient interrompues. La dynamique utérine sera troublée pendant la contraction, et l'onde contractile butera contre un écran cicatriciel. Il en résultera des zones de fortes tensions.

De plus, les fibres sympathiques intramurales sont sectionnées. Cette section semble devoir accroître les troubles dynamiques. Ainsi pourrait s'expliquer la fréquence relative de la dystocie dynamique au cours des accouchements ultérieurs, d'autant que des adhérences utéropariétales multiples et variées peuvent succéder à la 1ère césarienne .

Outre ces considérations communes, la fragilité accentuée de la cicatrice de césarienne corporeale, s'explique par des conditions particulières.

L'incision d'hystérotomie corporeale, sacrifie un nombre important de fibres musculaires et de vaisseaux sanguins.

En revanche le segment inférieur est moins riche en fibres musculaires et en vaisseaux.

Au niveau du corps utérin, les sutures sont difficiles à serrer, et coupent facilement, les tranches sont difficiles à affronter. Des difficultés d'hémostase, obligent à multiplier les points de suture, ce qui est générateur d'ischémie et ultérieurement de nécrose.

A l'opposé, le segment inférieur est mince. A son niveau les sutures sont faciles à poser et les noeuds faciles à serrer. Il est aisé d'affronter parfaitement les lèvres de l'incision.

Par ailleurs, la sereuse péritonéale du corps utérin n'est pas décollable. Par contre, au niveau du segment inférieur le péritoine décollable, permet une protection de la suture segmentaire.

Enfin dans les suites opératoires, le corps utérin riche en fibres musculaires, est très contractile. Il en résultera un jeu au niveau des sutures, ce qui les rend plus précaires. Toutes ces considérations s'ajoutent pour rendre encore plus vulnérable la cicatrice d'une césarienne corporéale.

Ainsi s'expliquent les craintes de nos devanciers, et l'adage américain " Césarienne toujours césarienne ", qui était énoncé pour la 1ère fois, quand on ne connaissait et ne pratiquait que la césarienne corporéale.

La pratique et l'extension de la césarienne segmentaire ont amoindri les risques, sans pour autant les annuler. Des auteurs américains (BREEN et RIVA), affirment, aujourd'hui que cet adage n'est plus valable, ce que les auteurs français ont entrevu depuis longtemps.

ASPECTS ANATOMOCLINIQUES,,ACTUELS, DES RUPTURES UTERINES.

La rupture complète est rare.

Il s'agit le plus souvent de ruptures incomplètes, n'intéressant qu'un segment de la cicatrice et généralement sous péritonéales. Ces ruptures segmentaires sont peu hémorragiques, situées qu'elles sont aux zones non vasculaires. Cet ensemble de fait explique que ces ruptures soient relativement peu graves pour la mère et l'enfant.

C'est tout le contraire, en matière de césarienne corporéale antérieure, où la rupture est généralement complète, voire propagée en zone vasculaire.

C'est dans ce dernier cas, rare actuellement, qu'on peut voir le syndrome dramatique, associant une

- Douleur abdominale vive.
- Des métrorragies peu abondantes.
- Un état de choc.
- Et une disparition des bruits du coeur de l'enfant.

L'intervention immédiate s'impose.

Très souvent en raison de l'importance des lésions, on est contraint de pratiquer une hystérectomie avec conservation des annexes, dans la mesure du possible.

En fait actuellement, de par l'extension de la césarienne segmentaire, on assiste à la fréquence des ruptures à expressions cliniques mineures, voire totalement latentes.

Ainsi il peut s'agir d'une découverte opératoire, d'une achi-scence ou d'une rupture incomplète, lors d'une césarienne décidée avant tout début du travail.

Ailleurs l'alarme est donnée au cours du travail par l'apparition de symptômes isolés, ou associés de manière diverses :

- Ce peut être l'apparition de métrorragies intermittentes, pendant les contractions.

- Certains ont pu observer une hématurie qui témoignerait d'une lésion vésicale associée.

- Bien souvent, il s'agit de douleurs abdominales basses, persistant entre les contractions. Ce serait là un signe d'une rupture imminente ou en train de se constituer.

- Souvent également, c'est la remontée d'une présentation qui s'accommodait.

- Mais le signe, le plus caractéristique et le plus fréquent, est la souffrance foetale brutale, ou même la disparition inopinée des bruits du coeur de l'enfant.

- Tout signe de cet ordre commande de renoncer à l'accouchement par voie basse, et l'intervention immédiate.

- Ailleurs, la rupture complètement latente est une découverte de la révision utérine systématique.

CONDUITE A TENIR : Quelque soit les circonstances de découverte, la rupture utérine impose l'intervention.

L'expectative, sous glace, antibiotique, et surveillance, est à notre avis condamnable.

Elle suppose qu'il s'agit d'une rupture localisée et sous péritonéale, que seule la coeliotomie pourra vérifier.

Elle expose ultérieurement, lors d'une grossesse, à une rupture plus grave qui peut survenir avant terme.

L'intervention s'impose donc dans tous les cas de rupture avec solution de continuité.

Compte tenu de l'âge de la femme, du nombre d'enfants vivants, des désirs de maternité et surtout du bilan des lésions, on pratiquera :

- Soit une réfection simple de la brèche musculaire.
- Soit une réfection suivie d'une ligature résection des trompes.
- Ou encore une hystérectomie, avec conservation des annexes, si les lésions y obligent.

FACTEURS CONDITIONNANT LA QUALITE DE LA CICATRICE

DE CESARIENNE

- LA SUTURE DE LA PREMIERE CESARIENNE

On a dit à juste titre : " La rupture commence dès la fin de la suture utérine "(VARANGOT).

Ainsi de la minutie qu'on a apportée dans l'exécution de la 1ère hystérotomie, de la qualité des soins post opératoires, va dépendre en partie la qualité de la cicatrice utérine ultérieure.

Dès la 1ère césarienne, plusieurs éléments entrent en jeu pour conditionner la qualité de la cicatrice.

1) La topographie de l'incision utérine :

Nous ne reviendrons pas sur toutes les considérations qui font abandonner les césariennes corporéales, au profit de la césarienne segmentaire.

La césarienne corporéale, ne vit actuellement que de l'impossibilité, dans certains cas de pratiquer une césarienne segmentaire. Il en est aussi, quand au décours d'une césarienne itérative, on rencontre une vessie amarrée haut et de multiples adhérences barrant l'accès du segment inférieur ; on pratique souvent alors dans ces cas, une hystérotomie corporéale suivie de ligature résection tubaire. En dehors de ces cas, la césarienne corporéale ne se justifie point. Rappelons que la moyenne des auteurs la rendent responsable d'un pourcentage de rupture utérine variant entre 5 et 20 %.

Depuis l'avènement de la césarienne segmentaire, le type d'incision a été discutée: verticale ou transversale ?

Certains restent fidèles à l'incision verticale, à laquelle, ils reconnaissent une facilité et une rapidité d'exécution. Cette incision mettrait à l'abri de voir la brèche utérine filer du côté latéral, et atteindre une zone de pédicules vasculaires. Dans ces cas en effet on est contraint de multiplier les points de suture et d'hémostase, et il en résultera inévitablement une ischémie qui conditionne une fragilité ultérieure de la cicatrice.

En fait, sans insister sur les avantages immédiats, de telle ou telle incision, le problème est de préciser quelle est celle qui met le plus à l'abri d'une rupture utérine ultérieure ? Il est très difficile de répondre objectivement à une pareille question. Dans la majorité des cas, on ignore le type d'incision de la césarienne segmentaire, antérieurement pratiquée. Mais beaucoup d'auteurs, pensent qu'en pratiquant l'incision segmentaire verticale, on empiète volontairement ou non, sur le corps utérin. On réalise ainsi une incision segmento corporeale.

Cette cicatrice serait ultérieurement aussi fragile que celle d'une vraie hystérotomie corporeale.

Lors d'une rupture utérine, la brèche peut filer en haut, donnant des lésions musculaires et vasculaires importantes, pouvant contraindre à l'hystérectomie. Ce type d'incision encore pratiquée couramment dans certains pays, peut être invoqué pour expliquer l'importance des cas de ruptures utérines rapportés, avec leur répercussion sur la mère et l'enfant.

Dans une statistique relativement récente, FERNANDEZ M.

rapporte un pourcentage de 15 % de mortalité maternelle dans les ruptures utérines, avec 39,3 % de mortalité foetale.

BURKONS (voir plus loin tableau emprunté à MULLER), a observé une mort maternelle sur 35 ruptures de cicatrice de césarienne.

Dans ce cas l'incision était segmentaire, et longitudinale.

En fait, en France la majorité des auteurs pratiquent actuellement l'hystérotomie segmentaire horizontale.

Outre la topographie, la manière d'exécuter l'incision, joue un rôle.

Après avoir incisé par le tranchant du bistouri, les couches les plus superficielles, on continue l'hystérotomie en écartant les faisceaux musculaires au doigt. Ainsi un minimum de fibres sera sectionné.

L'incision sera pratiquée, le plus bas possible?

Il faut se garder d'empiéter sur le corps utérin, et ceci particulièrement quand on opère, avant tout début du travail, avant que le segment inférieur n'ait acquis une ampliation suffisante.

Si ces précautions ne sont pas respectées, on réalise alors une incision segmento - corporeale avec toutes les conséquences ultérieures. De plus on se trouve devant une plaie, dont les 2 lèvres sont d'inégale épaisseur. Or il est capital d'affronter parfaitement les lèvres de la plaie. Aussi faut-il en outre inciser de façon franchement perpendiculaire à la surface du segment inférieur.

La taille de l'incision sera de grandeur moyenne et agrandie à la demande, pour sacrifier un minimum de faisceaux musculaires et de vaisseaux sanguins.

LA SUTURE :

Lors de la suture, il faut veiller à éviter toute plicature. Les points en X, réputés ischémiques seront évités. Des points simples suffisent généralement pour réaliser une suture régulière et une hémostase correcte.

Il faut s'abstenir de l'usage intempestif de pinces en coeur sur les lèvres de la plaie, usage qui réalise une attrition musculaire et une ischémie.

Par contre, un point médian pourra être passé, dont les chefs seront suffisamment longs pour servir de tracteur.

Au niveau des angles, il est souvent nécessaire de faire des points en X ou en U, ces points seront réduits au minimum et serrés juste suffisamment pour réaliser une hémostase, et non une ischémie.

FILS DE SUTURE :

Contrairement à la majorité des auteurs qui utilisent des fils résorbables, certains de crainte de voir la résorption de ces fils créer un jeu dans la suture, et par là favoriser leur élimination, préconisent l'emploi de fils non résorbables.

Mais pareil matériel, faisant corps étranger, ne favorise-t-il pas une infection, et des granulomes ?? En fait la majorité reste fidèle au fil résorbable.

Dans un article consacré à la suture du myomètre dans les césariennes Neme B, souligne que la vitalité de la cicatrice est fonction de deux facteurs ;

- Le type d'incision : en fait discuté.

- Le type de suture ; Outre la parfaite coaptation des lèvres de la plaie, et l'endomètre qui ne doit pas être inclus dans la suture, l'auteur souligne la nécessité de respecter au maximum les vaisseaux et l'élasticité normale du muscle.

A son avis le type idéal de suture, consiste en des points séparés en U, au catgut pas trop gros (catgut 0) distant de 1 à 1,5 cm, pas trop serrés sur les lèvres de la plaie.

Mais cette suture doit elle être pratiquée, en un plan, ou en 2 plans comme il est habituel de la faire ??

A ce propos, l'opinion du service (Pr. MERGER) diffère de celle des autres auteurs.

Dans le service du Pr. MERGER et depuis une dizaine d'années on pratique la suture en un plan unique, et autant que possible, aux points simples séparés.

Cette conception repose sur plusieurs arguments.

En premier lieu l'expérience pratique révèle qu'un 2ème plan par surjet dit " hémostatique " est inutile. Tant au plus est on contraint dans certains cas, à faire quelques points supplémentaires en X ou en U.

En second lieu ce 2ème plan, semble illogique, voire dangereux. Le but visé est en effet de réaliser une suture correcte, tout en respectant au maximum la musculature et la vascularisation du segment inférieur. Il est illogique d'adjoindre un deuxième plan qui sera plus ischémiant qu'utile. Il est dangereux de favoriser la collection d'un hématome dans l'interstice créé entre les 2 plans de suture. Chaque fois que l'aiguille traverse le muscle utérin, elle crée un suintement sanguin. L'hématome ainsi créé, s'éliminera parfois par la cavité utérine, amorçant ainsi la désunion. Ailleurs, il s'organise et augmente l'importance de la sclérose de la région cicatricielle. Enfin il peut s'infecter et fragiliser d'autant plus la zone cicatricielle.

Cependant la pratique du 1 plan suppose que toute l'épaisseur de la tranche utérine soit prise dans la suture, y compris le fascia sous péritonéal .

Ainsi semble-t-il la suture utérine, devrait subir le même sort que les sutures digestives !

L'expérience tend à confirmer le bien fondé de ces notions.

Lors de réinterventions itératives on n'a jamais constaté que la cicatrice utérine était de moins bonne qualité, que les cicatrices résultant d'un procédé de suture à 2 plans.

Mais cette technique dont l'avantage immédiat est au moins la rapidité, donne-t-elle des cicatrices de meilleure qualité ?

Les cas sont insuffisants actuellement pour tirer des conclusions valables. (Une étude hystérographique est en cours qui sera analysée comparativement aux résultats publiés par d'autres auteurs).

En réalité si la suture joue un rôle important dans le déterminisme de déhiscence et de ruptures ultérieures, ce rôle n'est pas exclusif. Il faut se garder d'incriminer uniquement les techniques opératoires (voir tableaux sur les ruptures: 4 fois la césarienne initiale était réalisée dans le service).

- D'autres facteurs interviennent :

- Le moment ou est pratiquée la 1ère césarienne joue un rôle. Si on est contraint d'opérer avant terme on réalise ogligatoirement une hystérotomie partiellement corporéale avec le pronostic qui s'y attache.

De même, la césarienne faite sur une grossesse à terme, mais avant le début du travail donneraient des cicatrices plus fragiles. Le segment inférieur n'a pas encore réalisé son ampliation parfaite.

- Certaines affections pour lesquelles on a été amené à pratiquer la 1ère césarienne, font redouter une cicatrice vulnérable.

- Le Placenta praevia , joint à l'action générale de l'anémie, et au fait qu'il peut obliger à une césarienne faite avant terme, une action locale : s'insérant sur le segment inférieur, il érode et amincit davantage celui-ci faisant redouter une cicatrice ultérieure fragile.

- L'hématome rétroplacentaire :

joint à l'action générale du choc, des lésions infartoïdes de l'utérus. On sait que ces lésions disparaissent complètement. Mais dans les suites immédiates, il est permis de penser qu'elles ne favorisent pas un processus correct de cicatrisation, et font craindre une cicatrice ultérieure fragile.

- Une grossesse ultérieure avec placenta praevia :

fera accroître le risque de rupture utérine, si le placenta s'est inséré sur la face antérieure du segment inférieur.

- La longueur du temps écoulé qui sépare de la 1ère césarienne, a été étudiée, et on la vu, pour apprécier la qualité de la cicatrice.

- Dans les suites opératoires de la 1ère césarienne certains facteurs importants sont à retenir :

- VARANGOT et ses collaborateurs, ont souligné le rôle aggravant d'un hématome du ligament large, plus ou moins important et plus fréquent qu'on ne le croit.

- Tous les auteurs insistent sur les suites fébriles. Une fièvre, même modérée (ce qui est le cas fréquent actuellement sous antibiotiques) et après avoir éliminé les autres étiologies chez une opérée accouchée, doit être rattachées à une infection de la plaie utérine. Cette infection se verra plus volontiers lorsque l'intervention césarienne a eu lieu sur un syndrome patent ou latent d'infection amniotique.

Quelqu'en soit les conditions prédisposantes, l'infection de la plaie ou d'un hématome favorise la désunion de la suture dans les suites opératoires. Cette désunion persiste une fois l'infection combattue. Elle peut être tout à fait silencieuse et ne se manifester qu'à l'occasion des accouchements ultérieurs.

- Quant à la suppuration pariétale, beaucoup d'auteurs n'y attachent pas une importance majeure.

Enfin pour certains, une association paraît suspecte : l'existence d'une éventration post opératoire.

En résumé : les modalités de la 1ère césarienne peuvent avoir des conséquences pratiques, afin d'évaluer la qualité de la cicatrice ultérieure.

Aussi est-il justifié de détailler dans les protocoles opératoires:

- Le type d'incision pratiquée.
- Le type de suture effectuée.
- Y a-t-il eu des difficultés d'hémostase.
- En cas d'interventions itératives , quel était l'aspect de l'ancienne cicatrice?
- Les suites opératoires seront enfin précisées sur les dossiers.

Cependant même si aucun élément défavorable n'est décelé ni au cours de l'intervention, ni dans les suites opératoires, on ne peut affirmer que la cicatrice utérine en cause est de bonne qualité, et qu'il n'y aurait aucun risque de rupture, lors d'une tentative d'accouchement par voie basse.

Par ailleurs, il faut noter que d'autres facteurs peuvent s'ajouter aux précédents, ou être apportés par la grossesse et l'accouchement consécutifs à la précédente césarienne.

Il est logique de penser qu'une cicatrice utérine soumise à une importante distension (par gros enfants, grossesse gemellaire, ou par hydramnios) serait plus sujette à la rupture.

Un travail anormalement long, fera redouter la rupture, la résistance de la région cicatricielle risquant d'être dépassée.

Une expulsion longue et laborieuse, agissant dans le même sens, fera craindre les mêmes dangers, d'où le large emploi de l'application de forceps.

- Cependant, là encore, même si n'existe aucune condition faisant préjuger d'une cicatrice fragile, on ne peut affirmer sa résistance lors de l'accouchement qu'on se propose de pratiquer par les voies naturelles.

Outre les circonstances anamnestiques de la lère césarienne, et les conditions de la grossesse actuelle, on a cherché d'autres critères objectifs pour apprécier la qualité de la cicatrice.

MOYENS CLINIQUES :

- Pendant la grossesse :

Des tentatives pour essayer d'apprécier par la palpation sus pubienne l'état du segment inférieur, ne donnent aucun renseignement.

- L'existence d'une douleur abdominale basse, dans la région cicatricielle, a pu être remarquée par certains, bien avant que la femme n'entre en travail. Elle témoignerait d'une déhiscence de la région cicatricielle, déhiscence qui s'accroît sous l'influence de la distension utérine. Un pareil symptôme dument affirmé et après en avoir éliminé les autres étiologies possibles, incite à la ré-intervention avant le début du travail. Dans certains cas ou l'intervention a été pratiquée, elle a montré une zone largement déhiscence (POIDEVIN), premier stade de la rupture qui serait inévitablement survenue si on avait laissé la femme entrer en travail.

- Au cours du travail, on a vu les symptômes anormaux, qui doivent faire renoncer à l'accouchement par les voies naturelles.

- Après l'expulsion, l'état de la région cicatricielle qui aura été noté, éclaire la conduite à tenir lors d'un accouchement ultérieur. Mais, notons ici que même la révision utérine minutieuse a ses limites. Beaucoup de déhiscences localisées passeraient inaperçues. Le fait même de palper une zone cicatricielle légèrement amincie, ne permet pas de dire à coup sûr, qu'un nouvel accouchement par les voies naturelles est impossible.

De tout ceci il résulte que la clinique ne peut fournir que des renseignements insuffisants, pour apprécier à sa juste valeur la qualité de la cicatrice d'hystérotomie.

L'hystérographie - Technique - Résultats - Interprétation

La clinique ne fournissant que des impressions vagues, on a cherché des critères plus précis, en étudiant les images d'hystérographies pratiquées 3 à 6 mois après la césarienne.

- Le délai pour pratiquer cette hystérographie est de 3 à 4 mois pour certains, 6 mois pour POIDEVIN.

Auparavant, l'interprétation peut être faussée par un utérus qui n'est pas totalement involué (l'oedème peut masquer les anomalies). Le produit iode utilisé est un lipiodol à 40 %.

Il faut exiger au moins deux clichés : un vrai cliché de face et surtout un profil strict.

- 2 ty pes d'images d'addition sont fréquemment observées, et siègent à la face antérieure de l'utérus.

- Tantôt une petite image d'encoche, sous forme d'une opacité cune forme et arrondie du bord antérieur de l'isthme, visible sur le cliché de profil.

Dans ces mêmes cas, et inconstamment, on verra sur le cliché de face une déformation en baillonnnette du canal isthmique.

- Ailleurs c'est une image plus importante : C'est l'image d'une sacculatation qui sur le profil déforme en besace le contour utérin, tandis qu'elle réalise de face l'image d'une flaque isthmique.

En cas de césariennes itératives, deux images superposées peuvent se voir.

On a beaucoup discuté de la fréquence de ces anomalies et de leur interprétation.

- BAKER (en 1955) qui le premier a fait cette étude hystéro-graphique, a trouvé ces déformations 5 fois sur 24 malades.

- POIDEVIN reprenant cette étude en 1958, affirme que la déformation est constante et l'auteur d'écrire dans un article en 1961 que, " plus cet examen était pratiqué correctement, plus on trouvait les anomalies de façon constante ".

- LEPAGE trouve ces anomalies dans la moitié des cas.

- VARANGOT : 10 cas sur 25.

En conclusion pour les auteurs français, tout au moins, ces déformations ne sont pas inéluctables.

Quelle conduite pratique adopter ? Quelle est la valeur de cet examen ?

L'idéal est de pratiquer cet examen, anodin, chez toutes les femmes qui ont subi une césarienne pour dystocie temporaire, et qui sont susceptibles d'accoucher ultérieurement par voie basse.

En fait cette attitude systématique est difficilement réalisable, sur le plan pratique. Aussi faudrait-il au moins, sélectionner les cas. Il devrait en être ainsi chaque fois qu'un élément dans les antécédents fait préjuger d'une cicatrice probablement fragile. POIDEVIN rapporte (article 1961), le cas d'une femme chez laquelle des difficultés d'hémostase ont eu lieu lors de la 1ère césarienne. Une hystéroggraphie pratiquée 6 mois après a révélé une anomalie importante. Devenant ultérieurement enceinte, la femme a été accouchée par les voies naturelles par un praticien non averti des résultats de cette hystéroggraphie.

Cette malade a fait une rupture grave. L'hystéroggraphie semble donc un examen d'une réelle valeur dans la conduite à tenir ultérieure.

Comment interpréter les images ? La petite image triangulaire cunéiforme est fréquente, sinon constante. Tous les auteurs s'accordent à redoubler de prudence devant une large image de sacculatation. L'épreuve de travail ne devrait pas être tentée, ou au moins être très courte. Certains, comme POIDEVIN sont formels sur la nécessité de recourir dans ces cas à la césarienne itérative.

" Toute image de flaque autre que la déformation habituelle en triangle, prouve qu'il y a une fuite de la substance de contraste à travers un sinus et représente une indication absolue à la césarienne itérative ".

POIDEVIN ajoute encore à la fin de son article, et à la lumière des résultats de l'hystéroggraphie : " la bonne cicatrisation est loin d'être obtenue dans chaque cas avec notre technique actuelle de césarienne. Nous pensons que des modifications de technique sont indispensables, et il est bien certain que cela surviendra, dans les 10 prochaines années ".

Notons, que cette notion n'avait pas échappé à notre Maître. Dans son service et depuis une dizaine d'années, on pratique la suture en un plan.

CONDUITE A TENIR CHEZ LES FEMMES ANTERIEUREMENT CESARISEES.

D'emblée il faut souligner :

1) La nécessité absolue de pratiquer l'accouchement dans un centre obstétrical, chirurgicalement bien équipé, avec possibilité d'intervenir de toute urgence. Il serait condamnable d'accepter de pratiquer un accouchement pareil en dehors de cette précaution.

2) La nécessité de surveiller, soi-même la parturiente.

- Les indications peuvent être schématisée ainsi :

- En cas de dystocie permanente, ayant occasionné la 1ère césarienne, l'hystérotomie itérative ne se discute pas.

Il est préférable de la pratiquer au début du travail lorsque le segment inférieur a parfait son ampliation.

- Le vrai problème est celui des femmes antérieurement césarisées pour une dystocie temporaire.

- S'il s'agit d'un antécédent de césarienne corporéale ou segmento corporéale, l'hystérotomie itérative ne se discute pas. On la pratiquera, dans ce cas, dès les 1ères contractions, voire avant tout début du travail, si dans les antécédents on recueille des éléments faisant préjuger d'une cicatrice particulièrement vulnérable.

En cas de césarienne segmentaire préalable :

- l'épreuve du travail sera évitée, ou du moins sera très courte, si dans les antécédents, on note des éléments peu rassurants (difficultés d'hémostase, ou suites compliquées).

- Il en serait de même, si on a noté une anomalie importante à l'hystérogrophie. Mais dans ce dernier cas, notre manque d'expérience ne nous permet pas de conclure.

En fait, en dehors de ces circonstances particulières, l'épreuve du travail est tentée et se solde fréquemment par un succès. A ce propos LACOMME écrit, : " J'ajoute que je la tente avec d'autant moins d'inquiétude que la femme a déjà eu un accouchement naturel, même si cet accouchement a précédé l'opération, car la souplesse du col et des parties molles dispenseront probablement l'utérus d'un trop gros effort....".

- Cependant lors du travail, la surveillance sera stricte .
- Nous nous sommes suffisamment expliqués sur l'emploi des ocytociques.
- On peut user des antispasmodiques.
- Mieux vaut s'abstenir d'utiliser des analgésiques, afin d'interpréter à sa juste valeur la survenue d'une douleur abdominale.
- Si au cours du travail une anomalie quelconque annonçait une menace de rupture utérine, il faut recourir à la césarienne itérative.
- Il en sera de même si l'accouchement par voie basse doit nécessiter des manœuvres intra utérines (version et grande extraction du siège).
- On utilisera le forceps si l'expulsion s'avère laborieuse.
- La révision utérine s'impose dans tous les cas.

En résumé, dans la majorité des cas, l'accouchement par les voies naturelles est réalisable. Toute autre attitude s'inspirant du précepte américain est actuellement illogique, voire dangereuse. Du reste, si certains (GRENHYL) sont restés fidèles à l'adage classique, la majorité des auteurs anglo-saxons y renoncent progressivement.

Le risque encouru est la rupture dit-on ?

Oui certes, mais cette rupture peut même exister avant tout début du travail, comme en témoignent les cas nombreux, découverts lors d'interventions itératives.

Il faut rappeler que ces ruptures segmentaires, n'ont plus la gravité pour la mère et l'enfant, des ruptures d'autrefois, (dues aux césariennes corporéales), et encore moins des ruptures traumatiques.

Voici à titre documentaire un tableau emprunté à MULLER, et qui emporte la conviction :

	Spontanées et traumatiques		Cicatrice de Césarienne		
	Nombre	Mortalité maternelle	Nombre	Mortalité maternelle	
WARE	24	10	16	0	
MEREDITH	14	4	22	0	
FERGUSON	24	4	60	1	Type césarienne??
PEDOWITZ	53	12	34	1	Césarienne Corporéale
BURKONS	30	6	35	1	Segmentaire Longitudinale
INGRAM	12	5	1	0	
BAK	37	8	15	0	
GARNET	15	11	6	1	Césarienne Corporéale
WOOGD	10	1	2	0	
DONNELLY	26	11	13	0	

De plus, si on adoptait l'indication d'une césarienne itérative systématique, on accroîtrait les dangers.

Non seulement on n'évite pas les ruptures préexistantes au travail, mais on augmente les risques de complications opératoires, en augmentant le nombre des césariennes. Si ce risque semble nul pour l'enfant, il est admis par contre qu'il y a 1 % environ de mortalité maternelle par césarienne. Est-il besoin d'augmenter encore ce chiffre alors qu'une attitude éclectique diminue au maximum tous les risques ?

En fait le pronostic général des accouchements sur utérus césarisés, nous semble devoir être amélioré d'une autre manière.

En effet, si la césarienne est devenue actuellement bénigne (par rapport à ce qu'elle était), si les indications obstétricales, s'en sont étendues à juste titre, il n'en faut pas moins s'insurger contre les indications de facilité.

Trop de césariennes sont encore faites pour " confort et convenance " personnelle de praticiens insoumis à la rigueur de la discipline obstétricale.

Or ces césariennes initiales, engagent tout l'avenir de femmes en période de fertilité et la discipline obstétricale n'implique pas de gagner facilement aujourd'hui pour perdre parfois définitivement demain.

POIDEVIN écrit (en 1961) : " Certains obstétriciens agissant à titre individuel, en sont arrivés à pratiquer une césarienne chez toutes les femmes dont la grossesse ne répond pas aux critères généralement acceptés de la grossesse normale. Cette façon d'agir a amené leur pourcentage de césariennes à 20 %.....

Il y a en plus ces enthousiastes qui adoptent la chirurgie pour protéger le plancher pelvien et la voie génitale basse.

A tout ceux-là qu'on me permette de dire que leur façon de faire sera contrecarrée par un facteur : La morbidité utérine.

Concluons donc avec LACOMME : " L'accouchement après hystérotomie peut dans bien des cas être tenté et dans un grand nombre de cas avec un plein succès. Mais il ne va pas sans quelques risques. Sa conduite exige une grande expérience et il ne saurait être envisagé qu'à côté d'une salle d'opération ".

DEUXIEME PARTIE

MYOMECTOMIE ET ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS

Codifiée pour la 1ère fois en 1878, pratiquée et défendue depuis par TUFFIER et BRINDEAU, la myomectomie a vu ses indications s'étendre rapidement. Elle constitue aujourd'hui un traitement de choix de certains fibromes, tout en préservant les possibilités de maternité. Sur ce point toutes observations sont concordantes. Mais, cette intervention, réalisant une ou plusieurs cicatrices utérines corporéales, permet-elle ultérieurement l'accouchement par les voies naturelles ?.

Toutes les observations soulignent cette possibilité et cela avec un risque minime de complication tenant à la cicatrice utérine.

Il s'agit donc, d'une cicatrice utérine, corporéale, mais elle est bien moins vulnérable que la cicatrice laissée par une césarienne corporéale.

- A quoi tient cette différence ?

Cela s'explique par des considérations anatomiques et histologiques.

Le fibromyome réalise une tumeur, aisément clivable, dont l'ablation n'entraîne pas un sacrifice musculaire important. L'incision nécessaire est généralement de petite dimension.

L'intervention est pratiquée en règle générale en dehors de la grossesse et sur un utérus non infecté.

Il en résulte (et on l'a vu à propos de l'hystérotomie césarienne) que la cicatrice de myomectomie n'est pas très riche en tissu conjonctif.

Ainsi, bien qu'étant de même nature histologique que la cicatrice de césarienne, la cicatrice de myomectomie résistera bien mieux à la surdistension et aux contractions utérines.

La Dystocie Dynamique :

Ici encore, la section des fibres musculaires, la section des fibres sympathiques intramurales, s'associent aux adhérences post opératoires pour expliquer la dystocie dynamique.

Mais dans le cadre des myomectomies la dystocie reconnaît une étiologie propre. Il s'agit en effet surtout de primipares âgées et l'on sait que la dystocie est fréquemment observée sur ces terrains.

CONDITIONS FAVORISANT UNE FRAGILITE PARTICULIERE DE LA CICATRICE.

- Moment de l'intervention par rapport à la grossesse :

Il est logique de penser, qu'une myomectomie pratiquée au cours de la grossesse, donnera une cicatrice de moins bonne qualité, sans préjuger du risque de fausse couche ni d'accouchement prématuré.

Il est préférable de pratiquer l'intervention en dehors de la grossesse. Mais il est des cas où on a la main forcée.

- La nécrobiose aseptique : même une fois guérie par les traitements médicamenteux, est source de difficultés opératoires.

Le fibromyome devient difficilement clivable, ce qui entraîne une attrition et un sacrifice de fibres musculaires, et des hématomes. La rançon ultérieure est une cicatrice fragile.

- L'infection du fibromyome est exceptionnelle :

Quand elle survient, même une fois combattue par les antibiotiques, elle est source de difficultés opératoires.

- Le nombre de myomes enlevés entre en ligne de compte.

Théoriquement, du moins, on peut imaginer, que le nombre de cicatrices augmentant, les risques de rupture sont accrus..

En fait, les observations comportant une ablation de 20 myomes et plus, et relatant des suites heureuses avec accouchement par les voies naturelles, ne sont pas exceptionnelles.

- TOPOGRAPHIE DU MYOME :

- Par rapport aux différents segments anatomiques de l'utérus:

- Si l'ablation d'un myome du col ou de la région isthmique, laisse une cicatrice sensiblement pareille à une cicatrice segmentaire, il n'en est pas de même d'une myomectomie faite au niveau du corps utérin, ou au niveau d'une corne.

Dans ce dernier cas, par analogie, à des observations faites après résections cunéiformes pour salpingectomie (LACOMME et PALMER), on peut craindre une hernie de l'oeuf.

- Plus encore, il faut souligner l'importance de la situation du myome par rapport aux différentes couches du myomètre.

L'ablation d'un myome sous serreux sessile ou pédicule, laisse une cicatrice superficielle.

L'intervention est réalisée avec un minimum de sacrifices musculaires.

A l'opposé, en cas de myome interstitiel, et dont l'ablation a pu nécessiter l'ouverture de la cavité, il faut craindre une cicatrice fragile. Théoriquement, du moins, cette cicatrice peut être comparable à celle d'une césarienne corporéale.

Un polype sous muqueux peut être enlevé de façon diverse.

Si l'ablation est réalisée par voie basse par bistournage, il n'y a pas de dégâts musculaires.

- En revanche si l'ablation du polype a nécessité une coeliotomie et une ouverture de la cavité utérine, il y a lieu de craindre une cicatrice vulnérable.

- La surdistension utérine : (par grossesse gemellaire; gros enfant,

ou hydramnios) fragilise la cicatrice.

- La placentation : au niveau de la cicatrice de myomectomie, joue sûrement un rôle important.

- Enfin, comme pour l'hystérotomie d'une césarienne, un ensemble d'éléments tenant à la technique et aux suites opératoires entre en ligne de compte pour conditionner la qualité ultérieure de la cicatrice.

Notons que les différents éléments ne s'excluent nullement et certaines associations peuvent être suffisamment défavorables, pour légitimer une césarienne, lors d'une grossesse ultérieure.

OBSERVATIONS :

N°1 : P....Michèle N°1072. Age 28 ans.

1944 - 45 - 47 — Accouchements normaux.

1949 : Myomectomie (myome de la corne à 3 mois) suivie d'avortement.

Le 17.12.50 : Accouchement normal à terme.

Enfant 2750 g.

Révision utérine : rien à signaler.

Durée de la dilatation : 9 heures.

N°2 : C....Simone : N°1616. Age 29 ans.

En 1950 : (Dr.LEVY): Myome intracavitaire, myomectomie.

Le 8.11.51 : Accouchement normal. Forceps Tarnier pour non rotation.

Enfant 2850 g.

Durée de la dilatation : 12 h30.

A eu a dilatation complète 5 U. de post hypophyse
intra musculaire.

Délivrance artificielle pour début d'hémorragie.

A la révision utérine : cavité utérine normale.

Suites normales.

N°3 : M.....Clara : N°1433. Age 37 ans.

En 1947 : Myomectomie.

Le 27.9.51 : Accouchement normal.

Enfant : 2890 g.

A eu de la post hypophyse au cours du travail (2 fois
2 Unités intramusculaires).

Révision ; rien à signaler.

Suites normales.

N°4 : M....Lucie : N°1303. Age 33 ans.

1952 : Myomectomie (Pr.MERGER) au cours du 2ème mois de la grossesse entraînant une fausse couche.

Le 16.8.53 : Accouchement normal à terme.

Enfant : 4150 g.

Rien à signaler à la révision.

Durée de la dilatation : 7 h.30

Suites normales.

N°5 : L.....Marie : N°137. Age 38 ans.

En (?) : Myomectomie.

Le 23.1.53 : Accouchement par césarienne pour non engagement chez une femme ayant subi une myomectomie.

Enfant : 3520 g.

Suites normales.

N°6 : Q...Maria : N°753. Age 32 ans.

En Août 1951 : Ablation d'un fibrome au cours de la grossesse.

Accouchement normal en 1952 (3820 g.).

Le 16.5.53 : Accouchement normal.

Enfant : 3830 g.

Durée de la dilatation : 5 h.30

Suites normales.

N°7 : C.....Jeanne : N°1838. Age 43 ans.

Myomectomie au 5ème mois de la grossesse.

Accouchement le 14.11.53 : Césarienne systématique pour antécédent de myomectomie au 5ème mois de la grossesse chez une primipare de 43 ans, dès le début du travail.

Enfant : 3000 g.

Suites normales.

N°8 : B....Renée : N°1908. Age 36 ans.

En (?) : Myomectomie.

Le 18.11.54 : Accouchement normal.

Enfant : 3400 g.

Révision utérine : Rien à signaler.

Durée de la dilatation : 5 h.40

N°9 : P....Suzanne : N°771. Age 21 ans.

En (?) : Ablation d'un fibrome.

Le 12.5.54 : Forceps Tarnier pour modification de B.O.C.

Enfant : 3260 g.

Révision : rien à signaler.

Durée de dilatation : 7 h.30

Suites normales.

N°10 : D..... N°1161 .

En 1950 : Myomectomie

En 1953 : Accouchement normal : 3750 g.

Le 11.12.54 : Accouchement normal.

4170 g.

Durée de dilatation : 3 h.40

Révision : rien à signaler.

Suites normales.

N°11 : L....Jeanine : N°1050. Age 29 ans.

En 1952 : Myomectomie à Foch.

Le 27.6.55 : Césarienne dès le début du travail pour modification des bruits du coeur, et grossesse prolongée.

Enfant : 3600 g.

Suites normales.

N°12 : G.....Jacqueline : N°1377. Age 30 ans.

1953 : Accouchement prématuré à 7 mois: enfant décédé.

En 1953 : Myomectomie à Foch.

Le 2.8.55 : Accouchement normal à terme.

Enfant : 3850 g.

Durée de dilatation : 5 h.20

Révision utérine : rien à signaler.

Suites normales.

N°13 : G.....Simone : N°1718. Age 32 ans.

En 1953 : Myomectomie

Le 14.10.1957 : Accouchement par forceps Demlin.

Enfant : 3170 g.

A eu une perfusion (50 cc d'un flacon de 500 cc + 10 U.).

Délivrance artificielle pour non décollement.

Révision utérine : rien à signaler.

N°14 : D.....Marie : N°1724. Age 40 ans.

- 8 grossesses avec accouchements normaux.

- Myomectomie au cours du 2ème mois de la grossesse, suivie le 16.10.57 d'un accouchement normal.

Enfant : 3050 g.

Durée de dilatation : 5 h.30

Suites : rien à signaler.

N°15 : G.....Marcelle : N°132. Age 35 ans.

Myomectomie faite dans le service au 2ème mois de la grossesse, suivi le 19.1.58 par un accouchement normal par forceps Tarnier.

Enfant : 4000 g.

Délivrance artificielle pour non décollement.

Révision utérine : rien à signaler.

Durée de dilatation : ?

Suites normales.

N°16 : R....Rebecca : N°2355. Age 35 ans.

Ablation d'un fibrome au 3ème mois de la grossesse, suivi le 24.12.

58 : d'un accouchement par forceps Tarnier.

Enfant : 2720 g.

Révision utérine : Cavité normale.

Durée de dilatation : 10 h.30

N°17 : C.....Marthe : N°2001. Age 40 ans.

- 6 Accouchements normaux.

- En 1958 : A eu une myomectomie au 4ème mois de la grossesse,
suivi le 1.11.58 : Accouchement normal.

Enfant : 3300 g.

Durée de dilatation : 10 h.

Délivrance artificielle.

Révision utérine : rien à signaler.

Suites normales.

N°18 : L....Yvette : N°1772. Age 31 ans.

1956 : Myomectomie.

Le 30.9.58 : Accouchement normal.

Enfant : 3620 g.

Durée de dilatation : 11 h.20

Révision utérine : rien à signaler.

Suites normales.

N°19 : G.....Jacqueline : N°2137. Age 33 ans.

1953 : Myomectomie à Foch.

1955 : Accouchement normal à Foch.

Le 21.11.58 : Accouchement normal

Enfant : 3820 g.

Durée de dilatation : 5 h.30

Délivrance artificielle pour non décollement.

Révision utérine : rien à signaler.
Suites normales.

N°20 : M.....Nicole : N°983. Age 22 ans.

1957 : Myomectomie avec ouverture de la cavité.

Le 5.6.1959 : Accouchement par forceps Pageot en raison d'antécédent de myomectomie.

Enfant : 3720 g.

Durée de dilatation : 6 h.20.

Révision utérine : rien à signaler.

Suites normales.

N°21 : L.....Aline : N°1085. Age 33 ans.

1960 : Myomectomie au terme de 2 mois de grossesse.

Celle-ci se termine par césarienne à 8 mois pour albuminurie et stérilité de 10 ans.

Peropératoirement : rien à signaler sur la cicatrice.

Enfant : 1600 g.

N°22 : A.....França : N°964. Age 33 ans.

1956 : Myomectomie à Lyon.

1959 : Intervention pour rétroversion (Foch; Dr. LEVY)

Le 2.6.60 : Accouchement normal à terme.

Enfant : 3570 g.

Durée de dilatation : (?)

Révision utérine : rien à signaler

Suites : rien à signaler.

N°23 : D.....Raymonde : N°531. Age 25 ans.

Myomectomie au 4ème mois de la grossesse.

Le 27.3.60 : Accouchement normal à terme.

Enfant : 3300 g.

Durée de dilatation : 4 h.45
Révision utérine : Rien à signaler
Suites normales.

N°24 : P....Denise : N°1355. Age 30 ans.

Myomectomie au 2ème mois de la grossesse suivie le 2.8.60 :

Accouchement normal.
Durée de dilatation : 6 h.45
Enfant : 3440 g.
Révision utérine : rien à signaler.
Suites normales.

N°25 : S....Jeanne : N°1750bis. Age 37 ans.

Myomectomie en 59 (Foch; Dr.LEVY)

Le 12.10.60 : Accouchement au terme de 6 mois.

Enfant : 520 g. Mort dans les heures qui suivent.
Délivrance artificielle, suivie de révision utérine,
qui montre une cavité utérine irrégulière.
Suites normales pour la mère.

N°26 : G.....Geneviève : N°1558. Age 31 ans.

1959 : Myomectomie

Le 7.9.60 : Forceps Tarnier pour défaut de rotation et lenteur de progression.

Enfant : 3700 g.
Révision utérine : Cavité normale.
Durée de dilatation : 7 h.15.
Suites normales.

N°27 : C.....Mireille : N°200. Age 28 ans.

1959 : Ablation d'un polype utérin (comment ???).

Le 4.4.60 : Accouchement normal au terme de 8 mois et 1/2.

Enfant : 3450 g.

Durée de dilatation : 4 h.30

Suites normales.

N°28 : H....Germaine : N°20. Age 29 ans.

Le 9.10.59 : (Foch; Dr.LEVY) Myomectomie + annexectomie gauche.

Le 3.1.60 : Accouchement normal prématuré à 7 mois.

Enfant : 2000 g.

Révision : cavité normale.

Suites normales.

N°29 : M.....Huguette : N°2044. Age 32 ans.

- 1960 : Coagulation du col.

- Myomectomie au 4ème mois de la grossesse, suivie d'un accouchement le 3.12.61 par forceps Tarnier.

Enfant : 3060 g.

Durée de dilatation : 5 h.45

Révision utérine : Cavité normale.

Suites normales.

- Au total, l'analyse de nos 29 observations permet de tirer plusieurs conclusions

AGE ET PARITE :

La majorité des femmes étudiées (25 sur 29) n'ont jamais été enceinte avant la myomectomie. Il est logique de penser que l'indication de la myomectomie a été posée très souvent en raison d'une stérilité.

- Sur 29 femmes, 25 ont accouché, alors que leur âge se situait entre 28 et 40 ans.

Au total : Dans la grande majorité des cas, il s'agit de primipares âgées. Cette notion essentielle influence, en partie la conduite à tenir.

- D'autre part, sur 29 cas, 3 femmes ont accouché plus d'une fois (sans préjuger du lieu où s'est produit l'accouchement).

- Date de la myomectomie par rapport à la date de l'accouchement.

La myomectomie a été effectuée 13 fois sur 29 en cours de grossesse (du 2ème au 5ème mois).

Sur ces 13 fois, trois fois elle a entraîné une interruption de grossesse. Cela n'empêcha pas ces 3 femmes de devenir ultérieurement enceintes.

Si on observe les dates respectives des myomectomies et des grossesses ultérieures, on voit que dans nos observations, plus de la moitié des accouchements sont survenus dans l'année qui suit la myomectomie.

- Modalité de terminaison de l'accouchement :

- 4 fois la césarienne a été pratiquée, et 2 fois sur 4 avant le début du travail.

Les raisons ont été les suivantes :

1 fois : Pour non engagement (N°5)

1 fois : Systématiquement chez une primipare de 43 ans, soignée pour stérilité depuis 10 ans (N°7)

1 fois : pour souffrance foetale et grossesse prolongée. (N°11).

1 fois : systématiquement au 8ème mois de la grossesse pour Albuminurie chez une primipare de 33 ans soignée pour stérilité depuis 10 ans (N°21).

- Tous les autres accouchements se sont terminés par les voies naturelles. On relève deux fois l'emploi de l'ocytocine.

Parmi ces 25 accouchements normaux

- 17 se sont déroulés tout à fait spontanément.

- et 8 : ont nécessité une application de forceps.

- En ce qui concerne la délivrance, on remarque la fréquence relative de la rétention placentaire. Cinq fois, on a été amené à faire une délivrance artificielle.

- La révision utérine a été systématique dans tous les cas.

ETAT DES ENFANTS :

- 1) Prématurité : On en compte trois sur le total de 29 naissances.

- 2) Mortalité : On en compte = une mortalité néonatale par prématurité.

- Complications maternelles liées à la cicatrice de myomectomie :

- Aucun cas de mort maternelle, n'est noté dans nos observations.

- Il n'y a aucun accident de type déhiscence ou rupture utérine.

En conclusion de cette analyse, l'accouchement par les voies naturelles après myomectomie apparaît réalisable, très souvent et sans complications.

Comparaison avec les résultats observés par d'autres auteurs :

- MATHIEU (Lyon) faisant état de 113 myomectomies dans sa propre statistique affirme que 50 % des opérées qui désiraient des enfants, sont devenues enceintes, et ont accouché par les voies naturelles, sans complications.

- POLOSSON (Lyon) estime que 65 % des fibromes peuvent bénéficier de la myomectomie et que les cas de rupture utérine sont l'exception.

- BONNEY, analysant des cas personnels de myomectomie suivie de grossesses trouve que dans 75 % des cas, les accouchements se déroulent spontanément par voie basse.

- Enfin COTTE a rapporté une statistique où sur 188 femmes ayant eu une myomectomie, il observe 35 grossesses :

7 d'entre ces femmes ont eu deux enfants.

4 d'entre elle ont eu 3

2 d'entre elles 4 enfants.

Les modalités de terminaison ne sont pas précisées.
Mais la plupart des accouchements se sont terminés spontanément.

Cependant malgré cette impression optimiste, sur le déroulement d'accouchements normaux après les myomectomies, il faut se souvenir que des ruptures utérines sont possibles et même parfois graves.

Ainsi : RIBON (Nancy) a rapporté un cas de rupture après myomectomie.

Tout récemment PIGEAUD a rapporté deux cas de rupture après myomectomie. A deux reprises ces ruptures se sont produites vers le 6ème mois de la grossesse, et une fois de façon dramatique. Il est vrai que dans les 2 cas, la myomectomie a été faite dans de mauvaises conditions (sur des polypes intracavitaires infectés).

Malgré de pareilles observations, qui demeurent très rares, on peut conclure avec BRINDEAU " Les cas exceptionnels de rupture ne doivent pas entrer en ligne de compte ".

CONDUITE A TENIR

- Comme précédemment, les accouchements chez les femmes ayant subi une myomectomie doivent être pratiqués en milieu chirurgical et sous surveillance stricte.

Les indications peuvent être, ainsi schématisées :

1) Dans l'immense majorité des cas, l'accouchement par les voies naturelles, est tenté et aisément réalisé.

- L'emploi des ocytociques demeure ici encore interdit par beaucoup d'auteurs.

Pour nous, il obéit aux conditions précédemment détaillées à propos de la césarienne. Nous les employons, si nécessaire, avec d'autant moins d'inquiétude, que la cicatrice utérine est généralement de meilleure qualité, que celle d'une césarienne.

Les mêmes règles de surveillance s'imposent comme pour un accouchement chez une femme antérieurement césarisée.

En particulier la révision utérine sera systématique.

Cette révision pourra exceptionnellement révéler une rupture utérine dont il importe d'en faire le traitement par l'intervention immédiate.

2) S'il s'agit d'une primipare âgée, aux antécédents chargés d'une stérilité de longue date, et d'autant plus si la myomectomie a nécessité l'ouverture de la cavité utérine, la sagesse commanderait d'opter pour la césarienne systématique.

Dans ce cas, hormis l'importance de la cicatrice de myomectomie, l'enfant qui est toujours précieux, l'est ici encore davantage. En conclusion : tous les auteurs s'accordent pour dire que la majorité des accouchements chez les femmes ayant subi une myomectomie

tomie, se déroulent de façon normale. Nos observations sont conformes à ces données.

L'indication de la césarienne est fonction :

- 1) en partie de l'importance de la cicatrice utérine.
- 2) surtout de l'âge de la femme.
- 3) et de sa parité.

TROISIEME PARTIE

CICATRICES UTERINES DIVERSES

ET ACCOUCHEMENTS ULTERIEURS

TROISIEME PARTIE

Dans cette troisième partie de notre travail, nous rapportons des observations de cicatrices utérines variées.

Nous étudierons successivement :

- 1) Les cas de 3 femmes ayant eu une intervention de type Strassmann et ayant accouché ultérieurement.
 - 2) Les cas de 2 femmes ayant eu une amputation du col pour cure de prolapsus, traité par intervention de Manchester. Ces femmes ont été ultérieurement enceintes et ont accouché.
 - 3) Des observations multiples de diverses cicatrices utérines avec la survenue d'accouchements ultérieurs.
-

ACCOUCHEMENTS SURVENUS APRES INTERVENTION DE TYPE STRASSMANN.

Destinée à corriger les anomalies utérines par défaut d'accollément et de fusion des canaux de Muller, l'opération a été réalisée pour la 1ère fois par P.STRASSMANN en 1907.

Depuis les observations publiées se multiplient et l'opération semble rester fidèle à ses résultats, tant pour pallier à une stérilité qu'à des fausses couches à répétition.

Bien qu'elle réalise une cicatrice utérine corporéale, les cas de ruptures utérines lors d'accouchements ultérieurs par les voies naturelles, semblent exceptionnels.

Cette constatation, n'est paradoxale qu'en apparence.

En effet, comme pour une myomectomie, l'intervention porte sur un utérus qui n'est pas gravide et n'est pas infecté.

Il en résulte une cicatrice, moins riche en tissu conjonctif, et de meilleure qualité.

Rappelons que P.STRASSMANN, promoteur de l'intervention, a préconisé l'accouchement par les voies naturelles, chez les femmes ayant subi, une telle intervention.

CHASTRUSSE, dans une publication récente, signale trois grossesses menées à terme avec accouchements par les voies naturelles, sans incidents.

Pour notre part, nous rapportons les trois observations suivantes :

OBSERVATION 1 :

Mal....Age 32 ans.

1955 : 1ère grossesse, à 6 mois 1/2, rupture spontanée de la corne utérine droite. L'intervention, consiste en une réfection musculaire simple.

1956 : La femme subit une intervention de type Strassmann (à Foch), pour utérus à éperon. Au cours de la réfection de la cloison, il y a eu ouverture de l'isthme en arrière. Les suites opératoires sont tout à fait normales.

1959 : Césarienne systématique au 8ème mois de la grossesse. On extrait un enfant de 2600 g, bien portant. Les suites sont normales.

Le compte-rendu opératoire note : "On explore l'utérus et on trouve : aucune trace de l'ouverture de l'isthme en arrière. En revanche, sur le fond utérin, à l'endroit de l'incision de Strassmann, entre les deux cornes, existe un point faible où la musculature a à peu près disparu, l'utérus étant constitué avant tout par une musculature séreuse. De même existe un autre point faible en avant.

Malgré l'aspect peu satisfaisant de cet utérus, mais en raison de la bonne poursuite de la grossesse actuelle, on ne fait pas de stérilisation..."

1960 : Césarienne itérative, avant terme pour antécédents obstétricaux.

Extraction d'un enfant vivant, pesant 2000 g.
Suites normales.

OBSERVATION N°2 :

1957 : Fausse couche, curettage.

1958 : Accouchement prématuré à 7 mois et 1/2.

Enfant pesant 1750 g, décédé au bout de quelques heures.

1959 : Opération de Strassmann pour utérus bicorne (à Foch).

Le 16.10.61 : Accouchement par Forceps Tarnier.

Extraction d'un enfant vivant, pesant: 3470 g.

Durée de la dilatation : 3 h.15

La révision utérine constate qu'il existe une cavité utérine, ample, médiane, et bien formée.

Cette cavité est un peu irrégulière sur la partie médiane antérieure, mais parfaitement lisse sur la partie médiane postérieure.

Le segment inférieur est parfaitement lisse sur toutes ses faces.

OBSERVATION N°3 :

La..... Jeanne : Age 30 ans.

1956 : à Foch, intervention pour utérus didelphe.

Le 6.8.58 : Accouchement par forceps tarnier.

- Enfant vivant, pesant : 2810 g.

- Durée de la dilatation : 3 h.30

- La femme a eu au cours du travail une perfusion de syntocinon..

- Une délivrance artificielle est pratiquée pour non décollement.

- La révision utérine révèle une légère courbure médiane et sagittale au niveau du fond utérin, avec une certaine minceur de la paroi à ce niveau.

Les suites sont normales.

Au total, en dehors d'un cas, où la césarienne a été pratiquée avant terme, pour des antécédents de rupture utérine spontanée, dans les 2 autres observations l'accouchement a été réalisé aisément par voie basse. Malgré l'absence d'une restitution ad integrum, vérifiée à la révision utérine, on ne note aucune solution de continuité.

ACCOUCHEMENTS APRES INTERVENTION DE TYPE MANCHESTER.

Dans ce type d'intervention, pour traiter un prolapsus, l'amputation sus vaginale du col, représente un temps essentiel, chaque fois qu'existe un allongement du col.

La question de l'avenir obstétrical, ne se pose que rarement, l'intervention n'étant en règle générale pratiquée qu'au voisinage ou après la ménopause, ou au moins chez des femmes à fertilité diminuée et ne désirant plus de maternité.

Mais pour rares qu'elles soient, les indications peuvent se poser chez la femme jeune. Bien souvent vouloir traiter le prolapsus sans traiter le col est besogne illusoire.

Il est classique, de dire, que pour prévenir des dystocies cervicales ultérieures, lors d'un accouchement par les voies naturelles, il faut faire passer la section au dessous de l'orifice interne du col. ANGER (dans sa thèse : conséquences obstétricales et gynécologiques des résections du col), conclut ainsi :

" d'après ces résultats, le pronostic est bon dans la majorité des cas, et une femme qui a subi une opération de Manchester peut accoucher facilement par les voies naturelles ".

En fait la conduite à tenir varie avec les différents auteurs :

- Certains redoutent si fort la grossesse chez ces femmes qu'il n'hésitent pas à préconiser dans le même temps, la stérilisation .

- La plupart acceptent l'éventualité d'une grossesse, mais là encore, les attitudes sont variables :

Certains tentent une épreuve du travail, quitte à pratiquer la césarienne, si l'accouchement par les voies naturelles , s'avère difficile, ou dangereux.

Une récente statistique américaine rapporte que sur 136 cas, la césarienne n'a été nécessaire que dans 37 cas.

D'autres, (MERGER) optent volontiers pour la césarienne, laquelle est justifiée par le nombre relativement restreint des cas de ce genre, par les risques de perdre les bénéfices du traitement du prolapsus, et par les risques que fait courir une cicatrice fibreuse à la jonction cervico vaginale.

Nous rapportons ici deux observations de femmes ayant été enceintes, après une intervention de Manchester.

OBSERVATION N°1 :

- Le.....DuSab...
- Dans les antécédents, on relève 8 grossesses avec accouchements normaux.
- Mai 1957 : Opération de Manchester.
- Mars 1959 : Grossesse à terme. La césarienne est décidée avant le travail, sur la constatation d'un gros enfant, en présentation du siège.

Extraction d'un enfant vivant, pesant : 4440 g.

Suites normales.

OBSERVATION N°2 :

Sim.....Jag.....

Dans les antécédents : 3 accouchements normaux.

1960 : Opération de Manchester.

Le 23.4.61 : La femme enceinte de 7 mois.

Elle entre en travail prématurément, et accouche d'un enfant pesant : 1410 g ayant survécu.

Durée de la dilatation : 15 h.

COMMENTAIRES :

Si dans l'observation N° 2, il était logique de ne pas envisager la césarienne sur un enfant prématuré, il faut cependant souligner que la dilatation a progressé bien lentement (15 heures) . Ceci explique, que nous recourons volontiers à la césarienne sur une grossesse à terme, à plus forte raison si existe la notion d'un gros enfant en présentation du siège (Obs.N°1).

ACCOUCHEMENTS SURVENUS SUR UTERUS PORTEURS DE CICATRICES

DIVERSES.

LES CAUTERISATIONS DU COL.

La solution de FILHOS, donnant des scléroses cervicales irréductibles, est abandonnée au profit de l'électrocoagulation.

Il semble qu'on ait très souvent incriminé à tort cette dernière méthode. En fait quand elle est bipolaire, et biactive, n'intéressant pas les couches musculaires profondes du col, elle met à l'abri de sténose et de dystocie ultérieures.

- Sur 15 observations de femmes ayant eu dans les antécédents une électrocoagulation, on relève 13 accouchements normaux. Deux autres femmes, ont subi une césarienne.

Parmi elles, une fois la césarienne était justifiée par un placenta praevia avec hémorragies abondantes.

- Seule la dernière femme, a fait une sténose cervicale irréductible et a eu une césarienne au bout de 18 heures de travail.

LES MEFAITS DU CURETAGE.

Les observations suivantes ont été relevées. Elles témoignent, une fois de plus, que le curetage est une mauvaise intervention. Chaque fois que cela est possible, la ceuillette digitale doit lui être préférée.

- Une observation de rupture utérine .

Ke.....Alber.....

- Entre 1935 et 1951 : dix grossesses avec accouchements normaux. On note une fois une application de forceps.
- 1950 : Une fausse couche avec curetage.

Le 5.10.54 : La femme enceinte et à terme, entre en travail.

Devant la survenue d'une douleur abdominale, avec une altération de l'état général, la césarienne est décidée.

On extrait un enfant vivant, pesant : 3040 g.

On découvre une rupture sous péritonéale, au niveau du segment inférieur des deux côtés. On termine par une hystérectomie.

Les suites opératoires sont normales.

Dans cette observation, la rupture utérine, reconnaît probablement des étiologies multiples, qui ont pu s'associer.

En particulier, il n'est pas exclu, que le forceps ait provoqué une lésion cervicale qui est restée méconnue. Cette lésion joint à la notion du curetage et de multiparité, explique la rupture utérine.

- Une observation de symphyse endoutérine:

- Gar....Chr.....

1957 : une fausse couche curettée.

1958 : symphyse endoutérine, opérée.

Le 1.5.60 : Avortement à 5 mois.

- A la révision utérine : cavité utérine normale.

Pas de symphyse, pas d'éperon.

- Enfant de 650 g. ayant présenté un hoquet respiratoire.

1961 : La femme est de nouveau enceinte et a subi un cerclage du col, dès le début de la grossesse.

Le 3.3.61 : Elle accouche normalement.

L'enfant pèse 2660 g.

A la révision utérine : rien à signaler.

La durée de dilatation était de 2 h.

- Deux observations de beauce isthmique isolées :

OBSERVATION N°1:

Le....Ja.... 30 ans.

1950 : Fausse couche provoquée	} Les 3 F.C. ayant entraîné des curetages.
1957 : 2 fausses couches spontanées	

En 1958 : Cerclage au 4ème mois de la grossesse.

- Accouchement normal.

- Enfant : 3080 g.

Le 21.2.60 : De nouveau, accouchement normal après cerclage au cours de la grossesse.

L'enfant pesait 3070 g.

La durée de la dilatation était de 2 h.25.

La révision utérine ramène des débris placentaires.

Les suites sont normales.

OBSERVATION N°2 :

Ka....Edith - âge : 30 ans.

1958 : 2 fausses couches curetées

1961 : cerclage au 7 mois 1/2 de grossesse.

Accouchement par forceps - Enfant vivant
2280 g.

- 2 observations de perforations révélées par curetage :

OBSERVATION N°1 : LEB... Nico.

1953 : Accouchement normal.

1955 : Avortement thérapeutique (Rubéole).

Curetage, perforation, cure des lésions par
laparatomie.

1957 : Accouchement normal.

Enfant : 4250 g.

Durée de dilatation : 5 h.15

Rien à signaler à la révision utérine.

OBSERVATION N°2:

Sa....Jean....

1944	}	Accouchements normaux.
1946		
1947		

1953 : - Curetage. Perforation.

- Les modalités du traitement n'ont pu être
précisées.

Le 21.7.54 : Accouchement normal à terme, enfant
pesant 3900 g.

A la révision utérine : rien à signaler.

Les suites sont normales.

LES ACCOUCHEMENTS SUCCEDANT, A DES CICATRICES D'HYSTEROTOMIE FAITES

POUR INTERRUPTION DE GROSSESSE.

Nous en rapportons trois observations.

OBSERVATION N°1: MA... Sim.

- Fausse couche à 3 mois et 1/2 par hystérotomie en S....
- En 1959 : Accouchement par forceps,
l'enfant pesait : 2790 g.
Durée de dilatation : 7 h.30
Rien à signaler à la révision utérine.

OBSERVATION N°2:

Pla....Sim....

- 1957 : Hystérotomie et interruption de la grossesse à l'âge de (?) en S...
- 1959 : Accouchement normal.
Enfant pesant : 2900 g.
A la révision utérine: rien à signaler.
La durée de dilatation est de : 4 h.45
Les suites sont normales.

OBSERVATION N°3:

Lo....ar....

- 1955 : Interruption de grossesse par hystérotomie en (?) en S...

Le 29.3.60 : Accouchement par forceps.

Enfant pesant : 3630 g.

Durée de la dilatation : 3 h.30

A la révision utérine : rien à signaler.

Les suites sont normales.

COMMENTAIRES :

Ces trois dernières observations, permettent de conclure que l'accouchement par voie basse, lors d'une grossesse ultérieure doit toujours être tenté, après une perforation utérine dans les antécédents.

Il nous semble cependant intéressant de vérifier l'état de la cavité utérine, quelques mois (4 à 6 mois) après l'accident) par une hystérogaphie.

ENFIN, NOUS RAPPORTONS DEUX OBSERVATIONS DE CICATRICES UTERINES,

PARTICULIERES.

1 observation d'incision du col :

- Cl....Mon.....

1954 : Accouchement normal

Enfant pesant 3700 g.

A eu une incision du col.

Le 2.3.58 : Accouchement prématuré au terme de 7 mois
et 1/2 . Enfant pesant 2020 g.

Durée de dilatation : 10 h.15

La révision utérine ramène des débris placentaires.

Les suites sont normales.

- 1 observation de rupture utérine traumatique et réparée.

Ca.,...A...M....

1956 : Accouchement normal.

1957 : Rupture utérine au décours d'une manoeuvre
par version interne pour présentation de l'épaule (enfant mort né
et macéré).

Intervention et réparation des lésions.

Le 29.9.59 : Césarienne d'autorité avant le début du
travail, en raison des antécédents.

Enfant pesant : 3070 g.

C.R.G. : " Il ne subsiste aucune trace de l'ancienne brèche utérine suturée. La paroi utérine est d'une bonne épaisseur sur toute la circonférence et le feuillet postérieur du ligament large est intact".

oOo

- Telles sont toutes les cicatrices, véritablement utérines, que nous avons relevées au centre Foch dans l'intervalle de douze ans.

(1er Janvier 1950 au 31 Décembre 1961).

On pourrait y adjoindre d'autres interventions génératrices de cicatrices utérines en superficie. Il s'agit de différentes interventions d'hystéropexies et de ligamentopexies. On sait que ces différentes interventions font craindre les présentations vicieuses et les dystocies conduisant à la césarienne.

Par ailleurs il est classique de dire que les interventions, retentissant le moins sur le déroulement des accouchements ultérieurs, sont celles qui sauvegardent le plus la mobilité utérine. Il en serait ainsi du cloisonnement du Douglas.

- Nous avons relevé 51 observations de fixations ligamentaires utérines.

- En fait dans trois cas : il s'agissait uniquement d'un cloisonnement du Douglas et les accouchements ultérieurs ont été normaux.

- Dans les 48 cas restant : 45 se sont terminés par des accouchements normaux sans aucune présentation transversale.

- Dans les trois cas qui restent, la césarienne a été pratiquée pour les raisons suivantes :

1 fois : placenta praevia.

2 fois : des antécédents de périné complet.

Au total : sur 51 cas : 3 cas de césarienne, et celle-ci n'est pas liée à la fixation utérine antérieure.

En plus de ces 51 cas, nous avons noté 4 cas de fixation isthmique.

- Trois fois sur 4 les accouchements se sont déroulés normalement.
- Une fois la césarienne fut pratiquée pour un antécédent de périné complet.
- En résumé, nous avons rapporté dans cette troisième partie de notre travail, un groupe d'observations variées. Elles ne prennent leur valeur, que confrontées à des cas semblables observés par d'autres.

RESUME ET CONCLUSIONS GENERALES

RESUME ET CONCLUSIONS GENERALES

A) - 1) Les observations rapportées à la troisième partie de ce travail, sont variées et peu nombreuses, pour permettre de tirer des conclusions générales.

Néanmoins, elles forment des documents susceptibles d'être comparés à des observations analogues, recueillies par d'autres auteurs.

- 2) Nos observations sur la myomectomie, sont conformes aux publications de tous les auteurs.

Réellement bénigne, quant à son retentissement sur le déroulement d'un accouchement ultérieur, par les voies naturelles, la myomectomie devrait trouver une place de plus en plus grande, dans le traitement de certaines variétés de fibromes, chez des femmes encore en période de fertilité.

B) - Nos observations sur les accouchements chez les femmes antérieurement césarisées, nous permettent de tirer plusieurs conclusions :

1) - La césarienne corporéale :

Etant donné la fréquence et la gravité particulière en ce cas, du risque de rupture, est une indication formelle à la césarienne segmentaire itérative.

2) - Pour la césarienne segmentaire :

Le risque de rupture utérine, qui est moindre, n'en domine pas moins toute la question.

Le danger de rupture, ne semble pas déterminé par le nombre de césariennes antérieures.

En revanche, il semble influencé par l'intervalle séparant les grossesses.

Parmi les éléments conditionnant la qualité ultérieure de la cicatrice, il faut souligner l'importance des conditions de la 1ère intervention et de ses suites.

D'autres éléments surajoutés peuvent être apportés par la nouvelle grossesse.

Enfin, la qualité propre à chaque myomètre, nous semble jouer un rôle important.

Parmi les aspects anatomo-cliniques des ruptures, les formes complètes sont actuellement rares.

Les formes incomplètes, et à expression clinique mineure, sont la règle.

Le point essentiel à souligner est que ces ruptures sont peu graves pour la mère et l'enfant.

Elles sont de plus accessibles à des thérapeutiques conservatrices.

Parmi les critères, permettant de juger de la qualité de la cicatrice, il faut rappeler les moyens cliniques :

- Circonstances anamnestiques de la 1ère césarienne.
- Renseignements fournis par la révision utérine.
- Aspect de la cicatrice, au décours d'interventions itératives.

- Mais une large place semble devoir être faite dans l'avenir à l'hystérogaphie qui doit être pratiquée dans les 4 à 6 mois qui suivent la césarienne.

Pour certains auteurs, habitués à cet examen, des anomalies importantes, interdisent l'épreuve du travail, et nécessitent la césarienne itérative.

S'inspirant des conclusions précédentes, notre conduite à tenir, consiste dans la majorité des cas, à tenter l'accouchement par voie basse, en cas de dystocie temporaire expliquant la 1ère césarienne. L'usage des ocytociques est interdit par beaucoup d'auteurs, pour nous, en milieu chirurgical, et sous réserves de précautions rigoureuses, qui en annulent les dangers, leur emploi peut être autorisé et rendre des services incontestables, d'autant

plus que la fréquence de la dystocie dynamique, nous semble un fait important à retenir.

Enfin le pronostic général doit être amélioré en adoptant une attitude prophylactique.

En effet, étant donné la bénignité actuelle de la césarienne (par rapport à ce qu'elle était auparavant), les indications en sont devenues abusives.

Or il ne faut jamais perdre de vue, et ceci malgré toute la minutie opératoire, qu'on ne peut être sûr que le myomètre en cause, sera le siège d'une cicatrice parfaite, susceptible de résister aux accouchements ultérieurs .

Concluons donc avec notre Maître (R. MERGER) : " la césarienne, cette opération spectaculaire, mise entre trop de mains, amie de la paresse et protégée de la Sécurité Sociale, regorgement du médiocre, a pour conséquences minimales, à supposer qu'elle ait été bien exécutée, la création d'une cicatrice utérine, d'une cicatrice abdominale, la limitation des naissances futures. Si les services qu'elle a rendus sont immenses, il faut cependant la circonscrire dans des limites raisonnables. Elle ne doit jamais être seulement une solution de facilité ".

Vu, le Président de Thèse,
Professeur R. MERGER

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE.

PRONOSTIC OBSTETRICAL DE LA FEMME CESARISEE

- AVERCENC H. - La désunion de la cicatrice utérine après césarienne au cours d'une grossesse ultérieure. Thèse Paris, 1938, n°615, 54 pages.
- ANDERODIAS J., TINGAUD R et FAUGERE G. - Rupture utérine silencieuse par déhiscence d'une cicatrice de césarienne haute. Bull.Soc. Gynéc. Obst., 1951, 3, n°1, 89.
- BAKER K.- Accouchement par les voies naturelles après césarienne basse. - Surg. Gyn. Obst., Juin 1955, 100, n°6, 690-696 (Bibliog.)
- BLUM J.P.- L'avenir obstétrical des femmes césarisée.-Gynéc. Obst., 1953, 5, n°4, 488-489.
- BOURGOIN P.- L'avenir obstétrical des utérus antérieurement césarisés.- Thèse Paris, 1959, n°998, 46 pages.
- CATHIARO P.-A.G. (Mlle)- L'accouchement chez les femmes ayant déjà subi une césarienne segmentaire.-Thèse Paris, 1957, n°1079, 47 pages.
- CHALNOT P., GROSDIDIER J. et COLETTE Cl.-Accidents consécutifs à l'utilisation de fils non résorbables pour la suture du myometre au cours des césariennes.-Bull. Féd.Soc. Gyn. Obst., av.- Mai 1957, 2, n°2, 201-202.
- CHASTRUSSE L.- Les ruptures de cicatrices d'hystérotomies basses. Gynéc. Obst., 1952, 4, n°1, 86-87.

- J.L.CHIRIE et M.CHIRIE.- L'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse pour dystocie temporaire. Médecine, Fév. 1946, n°2, 6-10.
- DE BENNING KAMNITZER M.- Rupture au cours de l'accouchement d'une cicatrice de césarienne segmentaire (Contribution à son étude étiologique). An.Brasil. Gin., Nov.1952, 34, n°5, 269-284, 4 fig. (Bibliogr.), (résumé français).
- DELABY et SARLIN - Greffe placentaire sur le péritoine pariétal et la paroi abdominale à travers une cicatrice de césarienne corporeale. Algérie Chir., Mai 1942, 241-243.
- FABRE M.- Réflexions à propos d'une rupture utérine, séquelle d'hystérotomie corporeale.- Bull.Féd.Soc. Gyn. Obst., av.-mai 1959, 11, n°2, 159-161.
- FERNANDEZ M. et FERNANDEZ O. - Conduite à tenir au cours du travail chez les malades préalablement hystérotomisés.-Rev.Gyn. e Obst., av.1958, 52, n°4, 361-368.(Bibliogr.), (résumé français).
- FORMICHELLA O.- La stérilisation par ligature tubaire dans la césarienne itérative.- Rev. Gyn. Obst., août 1952, 46, n°2, 551-555 (Bibl.).
- GABRIEL H. et MORIN G. - Rupture utérine et brèche vésicale en fin de grossesse après trois hystérotomies antécédentes; enfant vivant. Hystérectomie.- Bull. Féd.Soc.Gyn.Obst., Mars-av.1961, 13, n°2, 177-178.
- GANSE R.- Accouchement spontané après césarienne .- Zbl. Gyn., 8 av. 1961, 83, n°14, 537-540 (Bibliogr.).
- GAUCHERAND L., BURTHIAULT R. et BOUCHET A. - Rupture spontanée silencieuse segmentaire d'une femme antérieurement césarisée.- Gynéc. Obst.(sppl.), 1952, n°4, n°3, 561-562.
- GRUSETZ M. et TISDALL L.- Rupture de la cicatrice du segment inférieur de la césarienne avec une incision transverse.-Am.J.Obst. Gyn. mai 1942, 42, n°5, 890-893.

- GUILLERSON A.B. et BAKIEVA P.G.- Ruptures de l'utérus après césarienne. - Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1957, n°2, 59-62.
- GRASSET J. et BRET J. - A propos de deux observations de rupture utérine après césarienne transversale.- Gynéc. Obst., 1952, 4, n°3, 591-592.
- HAYES W.I.- La délivrance vaginale après césarienne pratiquée antérieurement.- Med. J. Austral., 21 juil. 1951, 2, n°3, 82-83.
- HINDMAN D.H.- Délivrance pelvienne après section pour césarienne.- Am. J. Obst. Gyn. fév. 1948, 55, n°2, 273-285 (Bibliogr.).
- HOLLSTEIN K.- Grossesse et accouchement après césarienne. - Med. Klin. 30 déc. 1960, 55, n°53, 2358-2361 (Bibliogr.).
- JAMES D.W.- Rupture dans ce que l'on suppose être une césarienne basse. - Brit. Med. J., 22 juil. 1944, 112 et 113.
- JAUBERT J.L., BOUTARREAU J. et LAGRANGE - Rupture de cicatrice d'hystérectomie lors du travail après un accouchement intercalaire.- Gynéc. Obst., 1953, 5, n°4, 447.
- KAYSER H.W.- L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes ayant eu une césarienne.- Zschr. Geburtsh. Gyn., 1961, 156, n°2, 227-235 (Bibliogr.).
- KLUS C. et LEMBRYCH St.- Le travail chez les femmes précédemment césarisées (études sur 163 femmes).- Polski Tygod. lek., 20 fév. 1961, 16, n°8, 296-300 (Bibliogr.).
- LASK S.- Les sutures non résorbables dans la césarienne : c;r. d'un cas. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., août 1953, 60, n°4, 541-542.
- LAWRENCE R.F.- Accouchement par les voies naturelles après césarienne.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., avr. 1953, 60, n°2, 237-243, 11 tabl.
- LE CANNELIER et BOURGOIN P.- A propos d'une "rupture utérine du travail" chez une ancienne césarisée.- Bull. Soc. Med. Afr. n. 1960, 5, n°4, 440-442 (Bibliogr.).

- LE CANNELIER R. et BOURGOIN P.- Contribution au diagnostic pendant le travail des désunions des utérus cicatriciels.- Bull. Soc. Méd. Afr. noire Langue franç., 1er trim. 1961, 6, n°1, 92-95.
- LEMERRE L., TCHOBRUTSKY C. (Mme) et BIGEY L.- Ruptures utérines après hystérotomie.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Août-Oct. 1958, 10, n°4, 388-393.
- LEROUX M.P., LEROUX P. et LEROUX A.- Césarienne itérative après ligature des trompes. Pièces anatomiques.- Gynéc. Obst., 1952, 4, n°5, 979-980.
- LINDAHL J. et HELANDER C.G.- Les cicatrices d'hystérectomie au niveau de la région cervico-isthmique.- Geburtsh. Frauenh., nov. 1959, 19, n°11, 959-966 (Bibliogr.).
- LOUROS N., GAVARIS P. et BAROUS N.- Diagnostic et traitement opératoire des ruptures de l'utérus consécutives à une césarienne antérieure. Rev. franç. Gyn. Obst., mai 1958, n°5, 399-410, 4 tabl. (Bibliogr.).
- MONIOD P.- Contribution à l'étude de l'accouchement dans un utérus antérieurement césariennisé.- Thèse Paris, 1960, n°1025, 44 pages.
- MULLER P.F., HEISER W. et GRAHAM W.- La césarienne répétée.- Am. J. Obst. Gyn., mai 1961, 81, n°5, 867-876, 15 tabl. (Bibliogr.).
- NATTRASS J.- Délivrance vaginale consécutive à une césarienne.- Med. J. Austral. 29 août 1953, 40, n°9, 329-332, 6 tabl.
- NEME B.- La suture du myomètre dans la césarienne.- Rev. Gin. e Obst. nov. 1959, 105, n°5, 487-494, 3 fig. (Bibliogr.), (résumé franç.).
- PALLIEZ R.- Rupture utérine consécutive à une césarienne corporeale pratiquée antérieurement. Gynéc. Obst., 1948, 47, n°6bis, 1085-1086).
- PARSONS S.R.- Rupture du segment inférieur et de la vessie après césarienne.- Am. J. Obst. Gyn., sept. 1952, 64, n°3, 672-674

- POIDEVIN L.O.S.- La valeur de l'hystérogaphie dans le diagnostic des déhiscences au niveau des cicatrices de césarienne.- Am. J. Obst. Gyn., janv.1961, 81, n°1, 67-71, 8 fig. (Bibliogr.).
- RIVA H.L. et TEICH J.C. - L'accouchement par les voies naturelles après césarienne. Am. J. Obst. Gyn., mars 1961, 81, n°3, 501-510, 17 fig. (Bibliogr.).
- REBOUL D'AUBIGNY J.- Césariennes segmentaires itératives et stérilisation d'après l'état du muscle utérin (218 observations). Thèse Lyon, 1953, n°8, 91 pages.
- ROCHET E. et PELECHOUK H. (Mlle) - Rupture silencieuse d'une cicatrice d'hystérotomie itérative avec passage du fœtus dans la cavité abdominale.- Bull. Féd.Soc.Gyn.Obst., nov.-déc. 1957, 9, n°5, 589.
- RIVIERE M., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et TRILLAUD A.- Les dystocias dynamiques dues à l'opération césarienne.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.-déc. 1960, 12, n°5, 576.
- ROCQUE J.- Rupture utérine au cours de la grossesse au 8e mois après une césarienne haute.- Gynéc. Obst., 1948, 47, n°6bis, 1090-1091.
- SCHAFER E.- Stérilisation tubaire au cours de césarienne.- Zbl. Gyn. 12 nov. 1960, 82, n°46, 1780-1787 (Bibliogr.).
- SOERGEL W.- La marche du travail chez les femmes ayant déjà subi une césarienne.- Zbl. Gyn., 21 av.1956, 78, n°16, 635-641 (Bibliogr.).
- TRUTIE P.A.S. - Césarienne itérative.- Acta méd. Tenerife, av.-mai 1955, 4, n°1, 22-27.
- VALERIO C.- Rupture au cours du travail d'un utérus ayant subi une césarienne.- Rév. Gin. Obst., oct. 1953, 47, n°4, 674-679 (Bibliogr.).

- VASSILEVSKY G.K.- Rupture d'utérus au niveau d'une cicatrice de césarienne.- Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1958, n°2, 46-51.
- VERTELIN H., LOUYOT J. et RIBON M.- Rupture d'une cicatrice de césarienne segmentaire au cours de l'accouchement suivant; suture immédiate; guérison.- Gynéc.Obst., 1948, 47, n°6 bis, 1248-1249.
- VERGOZ C., COUGUE A. et JULLIOT M. - Rupture d'utérus gravide au 6è mois, antérieurement césarisé, avec déchirure concomitante d'une anse intestinale.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Juin-juil. 1957, 2, n°3, 347-348.
- WOLF J.R. et ROTER A.- La césarienne itérative.- Am.J. Obst. Gyn. mai 1955, 69, n°5, 1070-1082, 7 tabl. (Bibliogr.).
- ZOLTAN I., JANOSSY T. et MOROCZ K.- Les conséquences éloignées de la césarienne pour la mère.- Gynaecologia, sept, 1960, 150, n°3, 188-195.

AVENIR OBSTETRICAL DES CESARISEES

- ARAUJO (de) J.O., NEME B et MARETTI M.- La césarienne itérative. Analyse de 133 cas.-An.brasil. Gin., mai 1955, 39, n°5, 253-264 (Bibliogr.) (résumé français).
- ARAUJO (de) J.O., SAMPAIO N.A.P. et PINOTTI J.A.- Le pronostic obstétrical des femmes ayant subi une césarienne.- An.brasil. Gin., janv.1960, 49, n°1, 1-12 (Bibliogr.) (résumé français).
- ATTENDU C.A.- La césarienne à répétition.- Union méd. Canada, mars 1957, 86, n°3, 279-281 (Bibliogr.).
- BAXTER J.- Accouchement par le vagin après césarienne. Rupture de la cicatrice du segment inférieur.-J.Obst. Gyn. Brit. Emp., fév.1958, 65, n°1, 87-88 (Bibliogr.).
- BAZAN J. et URANGA IMAZ F.A.- Rupture utérine par désunion d'une cicatrice de césarienne segmentaire antérieure.- Prensa med. Argent., 17 mars 1950, 37, n°11, 555-558 (Bibliogr.).
- BAZAN J., et IMAZ F.A.U.- L'avenir obstétrical de la césarienne sur les techniques actuelles.- Semana méd., 13 juil.1950, 57, n°2948, 55-59 (Bibliogr.).
- BELIAIEV I.T. et LIPKINA B.O. - Rupture de l'utérus à l'endroit de la cicatrice d'une ancienne césarienne avec incision transversale du segment inférieur.- Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1957, n°2, 57-59.
- BENGTSSON L. Ph.- Accouchement par les voies naturelles après césarienne. Acta Obst. Gyn. Scand., 1954, 33, n°3, 318-326 (Bibliogr.).
- BENNING KAMNITZER M.(de).- Rupture au cours de l'accouchement d'une cicatrice de césarienne segmentaire (contribution à son étude étiologique).-An. Brasil.Gin., nov.1952, 34, n°5, 269-284, (Bibliogr.).(résumé français).
- BLUM J.P.- De la césarienne et de l'avenir obstétrical qu'elle réserve. Thèse Strasbourg, av.1953, n°14, 110 pages.

- BOBOTAS A.E.- La fertilité après la césarienne.- Thèse Berlin, 7 nov. 1950, n°45, 37 pages.
- BORGES DOS SANTOS D. et BRAGA A.AI.- Pronostic éloigné des césariennes.- Rev. Gin. e Obst., fév.1960, 54, n°2, 117-123 (Bibliogr.) (résumé français).
- BOURKHANOV A.I.- L'accouchement après césarienne.- Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1957, n°4, 55-57.
- BOURKHANOV A.I.- Césarienne itérative avec section transversale du segment inférieur de l'utérus.- Akoucherstvo i guinekologuiia, 1958, n°5, 49-50.
- BREGADZE I.L.- L'influence des césariennes répétées sur la résistance de l'organisme à l'infection intrapéritonéale.-Khirourguiia (Moscou), 1956, 32, n°5, 31-35.
- CHARTRUSSE L.- A propos des ruptures de cicatrices d'hystérotomies. Rev. franç. Gyn. Obst., sept-oct. 1952, 47, n°9-10, 326-342.
- CHESTERMAN J.N.- Les effets éloignés de la césarienne.- J. Obst. Gyn., Brit. Emp., oct.1953, 60, n°5, 684-690 (Bibliogr.).
- CHEYNET M.- Diagnostic et traitement des ruptures obstétricales de l'utérus antérieurement césarisé.- Bull.Soc. med. Afr.noire, 1960, 5, n°1, 81.
- CHIRIE.- Thèse Paris, 1946.
- CHOME L.- Les césariennes abdominales.-Encl.Med. Chir., Obstétrique, fasc. 5100 D10, D70 (3-1957) (Bibliogr.).
- CISMIGIU F.- Rupture utérine après ancienne césarienne basse longitudinale. Embryotomie. Hystérectomie. Guérison.- Maroc méd., av. 1951, n°311-448.
- CONTE R.- L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées.- Thèse Paris, 1940, n°224, 37 pages.
- COSGROVE R.A.- La grossesse et la délivrance consécutives à une césarienne.- J. Am. Med. Ass., 24 mars 1951, 145, n°12, 884-883.

- DAUMERIE L. et ABRAS J.- A propos d'un cas de rupture utérine après césarienne, suivie d'opération de Portes.-Gyn. Obst. (Suppl.) 1951, 3, n°2, 148-151.
- DELALANDE A.- Ruptures utérines après césariennes.-Bull.Féd.Soc.Gyn., Obst., 1954, 6, n°3, 323.
- DEWHURST C.J.- La rupture de cicatrice de césarienne.- J. Obst.Gyn. Brit. Emp., fév.1957, 64,n°1, 113-118, (Bibliogr.).
- DIDDLE A.W., GIBBS V. et LAMBETH S.- La mortalité foetale et la prématurité dans la césarienne itérative.- Am.J. Obst.Gyn. av.1959, 77, n°4, 719-730 (Bibliogr.).
- DYER I.et coll.- Hystérectomie totale après césarienne ou dans les suites de couches immédiates.- Am.J. Obst. Gyn., mars 1953, 65, n°3, 517-527.
- EAMES H.- Une étude de la conduite à tenir dans les grossesses consécutives à la césarienne.- Am.J. Obst., mai 1953, 65, n°5, 944-952 (Bibliogr.).
- EPSTEIN W.A. - La rupture de la cicatrice de césarienne.- J. Aount Sinai Hosp., Mars-av. 1957, 24, n°2, 97-104 (Bibliogr.).
- ERLESLOHJ.- Anatomie, physiologie et pathologie de la cicatrice césarienne en considération particulière de son comportement fonctionnel dans les grossesses ou accouchements ultérieurs. Arch:Gyn., 20 nov. 1942, 174, n°2, 259-328.
- FARIA J.S.- Rupture ultérieure d'une grossesse à terme chez une malade ayant subi une césarienne.- Ann. Paubst. Med. chir., av. 1953, 65, 199-251.
- FERNANDES M.- Césarienne. Pronostic immédiat et éloigné.- Rev.Gin. Obst. janv. 1960, 54, n°1, 17-27 (Bibliogr.)(résumé français).
- FERNANDES M., SA LEITAO et CASTRO SILVA A.- Déhiscence de la cicatrice d'une césarienne ancienne.- An.brasil. Gin., janv.1956, 41, n°1, 23-32 (Bibliogr.)(résumé français).
- FLEMING A.M.- Accouchement après césarienne.- Am.J.Obst. Gyn., juin

1956, 71, n°6, 1202-1209 (Bibliogr.);

FRANGENHEIM H.- Les accouchements consécutifs aux césariennes.-Arch.
f. Gyn., 1952, 182, n°1, 61-76 (Bibliogr.).

FRANGENHEIM H.- De quelle manière un accouchement par césarienne
peut-il influencer l'évolution de naissances ultérieures ?-
Deutsche med. Wschr., 24 sept. 1954, 79, n°39, 1451-1454 (Bibli.).

GAUJOUX J.- Accouchement spontané pour deux parturientes ayant subi
antérieurement une césarienne pour siège.- Gyn. Obst. (suppl.),
1951, 3, n°2, 297.

GEPPERT J.R.- Rupture avant l'accouchement d'une cicatrice utérine
provenant d'une opération césarienne.- Am.J. Obst. Gyn., mars
1939, 37, n°3, 466-472.

GERUEZ L.- Grossesse abdominale à terme, secondaire à la rupture
d'un utérus antérieurement césarié, avec putréfaction pactale.-
Bull. Soc. Gyn. Obst., janv. 1939, 28, n°1, 25-28.

GOURTOVOI L et SISOVA W.- Résultats immédiats et éloignés de la
césarienne classique.- Akoucherstvo Guinek., 1954, n°5, 49-52.

GRASSET J et BRET J.- Ruptures utérines après césariennes transver-
sales. Sem. Hôp., fév. 1953, 29, n°11, 525-526.

HALLAT J.G. et HIRSCH H.- L'hystérectomie totale pour stérilisation
après césarienne.- Am.J. Obst. Gyn., fév. 1958, 75, n°2, 396-
400, (Bibliogr.).

HANSSEN A. et WALTER F.X.- Désunion d'une cicatrice basse spontanée
à l'occasion d'une césarienne itérative.- Bull. Féd. Soc. Gyn.
Obst., 1955, 7, n°3, 330-331.

HANSSEN A et WALTER F.W.- Désunion d'une cicatrice de césarienne basse
constatée à l'occasion d'une césarienne itérative.- Strasbourg
med., av. 1956, 7, n°4, 296.

HARRIS J.R. jr.- L'accouchement par les voies naturelles après césarienne.
Am.J. Obst. Gyn., déc. 1953, 66, n°6, 1191-1196 (Bibliogr.).

- HIRVONIN., NIEMINEVA K. et HIRVONEN L.- Fertilité des primipares âgées césarisées.- Acta Obst. Gyn. Scand., 1954, 33, n°4, 384-394 (Bibliogr.).
- HOUEL E., EZES H., BOURDON R. et MESNARD F.- Ruptures utérines après césarienne segmentaire.- Bull. féd. Soc. Gyn. Obst., Juin-juil. 1957, 2, n°3, 344-346.
- HOUEL J.E. et BOURDON R.- Attitude du praticien devant l'utérus parturient antérieurement césarisé.-Semaine méd. (suppl. Sem.Hôp. Paris), août 1958, n°66-67-68, 896-898.
- HOUEL J.E., GARES R. et MESNARD F.- Complications après césarienne segmentaire transversale.- Bull. Féd.Soc. Gyn. Obst., av-mai 1959, 11, n°2, 130.
- JARROUSSE J.- Césariennes itératives multiples sur un utérus accolé à la paroi abdominale antérieure.- Bull. Féd.Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, n°5, 577.
- JARROUSSE J.- A propos de 2 cas de désunion d'une cicatrice de césarienne basse au cours d'une grossesse ultérieure.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv-mars 1956, 8, n°1? 120-121.
- JESURUN H.M. et SIMPSON J.W.- L'accouchement par voie vaginale après césarienne.- Am. J. Obst. Gyn., fév. 1958, 75, n°2, 401-406 (Bibliogr.).
- KAMNITZER M.B. (de) - Rupture de cicatrice de césarienne pendant le travail : étude étiologique.- An Brasil. Gin., nov. 1952, 269-282.
- KOFLEP E. et KREMER H.- Indications et résultats de la césarienne de 1944 à 1953.- Zbl. Gyn., 1955, 77, n°23, 904-912 (Bibliogr.).
- KOLLER Th. et ERB P.- 50 années de césarienne.- Ann. Paed. (Bibl. paed.) 1954, 58, n°1, 39-54, 7 fig. (Bibliogr.).
- KUBINYL J. et TALLIAN F.- La césarienne dans l'obstétrique de nos jours. Expérience acquise avec 1303 césariennes. Gynaecologia, juin 1958, 145, n°6, 415-434, 12 fig. (Bibliogr.)(résumé franç.).

- KUDER K. et DOTTER C.- Caractères de l'accouchement vaginal après césarienne.- Am.J. Obst. Gyn., sept. 1944, 48, n°3, 371.
- LAGRETA O. et PINOTTI J.A.- La conduite de l'accoucheur chez les femmes ayant subi une césarienne.- An. Brasil. Gin., janv.1960, 49, n°1, 13-24, (Bibliogr.)(résumé français).
- LAWRENCE R.F. & Rupture d'une cicatrice transversale de l'utérus due à une césarienne basse.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., déc. 1949 56, n°6, 1024-1027 (Bibliogr.).
- LEMBRYCH S. et KLUS C.- Fréquence, indications et résultats de la césarienne, de 1947 à 1956, Polski Tygod. Lek., 1958,13, n°49, 1974-1979, (Bibliogr.).
- LEPAGE F.- Avenir obstétrical des césariennes basses.- Rev.Med.Franç. oct. 1945, n°10, 159.
- LEPAGE F., NOEL B., LEMERRE L. et SCHRAMM B.- Etude hystérogaphique des cicatrices de césarienne segmentaire.-Gynec.Obst., nov.1959, 58, n°5, 506-517, 15 fig.
- LOUROS N., GAVARIS P. et BAROUS N.- Césarienne à répétition et résistance de la cicatrice.- Deutsche med. Wschr., 30 mai 1958, 83, n°22, 963-965 (Bibliogr.).
- MAHON R.- Rupture d'une cicatrice de césarienne basse au cours d'un accouchement ultérieur.-J. Méd. Bordeaux, 15-30 juil. 1944,n°13-14, 243-244.
- MAHON R., PERY G. et SOUMIREU-MOURAT J.- A propos de 4 cas récents de rupture de cicatrices de césarienne.- Bull.Féd.Soc Gyn.Obst., av-mai 1958, 10, n°2, 183-185.
- McNALLY H.B. et FITZPATRICK V. de P.- Les femmes ayant eu un minimum de 4 césariennes.- J.A.M.A., 24 mars 1956, 160, n°12, 1005-1010 (Bibliogr.).
- MANENKOV P.W., et FROLOVA N.I.- Evolution et conduite de l'accouchement urgent après césarienne.- Akoucherstvo i guinekologiya, 1958, n°5, 44-49.

MARTINEZ A.R., NOGUEIRA R.L., FRONZAGLIA M. et CAMPOS N.A.M.-

Le problème de la femme qui a subi une césarienne.- An. Brasil. Gyn., janv. 1960, 49, n°1, 25-32 (Bibliogr.)(résumé français).

MEYER H. et COUNTISS E.H.- Césarienne suivie d'hystérectomie.- Am.J. Obst. Gyn., juin 1959, 77, n°6, 1240-1244 (Bibliogr.).

MICHEL M. (Mme) et QUEVRIN M.P.- Rupture sous-péritonéale asymptomatique d'une ancienne cicatrice de césarienne.- Bull. Féd.Sov. Gyn. Obst., oct-déc. 1956, 8, n°5, 648-649.

MICHEL M. et QUEYRIN P.- Rupture sous-péritonéale asymptomatique d'une ancienne cicatrice de césarienne.- Strasbourg méd., janv6 1958, 2, n°1, 90.

MICHELLAND et NICOLLER F.- Rupture spontanée de l'utérus consécutive à une césarienne.- Gyn. Obst., 1953, 92-94.

MUTEL S.- 45 accouchements par les voies naturelles après césarienne segmentaire au cours d'une précédente gestation.- Thèse Lyon, 10 mars 1953, n°63, 60 pages.

NAHOUM J.C.- Avenir obstétrical de la malade qui a subi une césarienne. Rev. Gyn. Obst., mars 1953, 47, n°3, 183-198 (Bibliogr.) (texte portugais).

NEUWEILER W.- A propos du pronostic de la césarienne. - Zbl.Gyn.1955, 77, n°41, 1601-1610 (Bibliogr.).

NIEDNER K. et PICHL F.- L'utilisation de critères plus étendus dans les statistiques de suites de césariennes. L'enseignement qui en résulte dans le domaine de la clinique.- Zbl.Gyn., 1952, n°36, 1409-1422 (Bibliogr.).

NOTTER A.- Avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées. Rev. franç.Gyn. Obst., déc. 1959, 54, n°12, 825-840 (Bibliogr.).

O'CONNOR C.T.- Le problème de la césarienne répétée. Am.J.Obst. Gyn., juin 1947, 53, n°6, 914-926 (Bibliogr.).

O'DWYER J.P.- Rupture d'une cicatrice de césarienne.- Lancet, 3 août 1955, 269, n°6885, 324-325 (Bibliogr.).

- PEDOWITZ P. et SCHWARTZ R.M.- Fréquence réelle sur la rupture silencieuse des cicatrices de césariennes.- Am.J. Obst. Gyn., nov. 1957, 74, n°5, 1071-1081 (Bibliogr.).
- PERSIANNINOV L.S.- Les résultats éloignés de la césarienne.- Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1956, n°4, 20-24.
- POIDEVIN L.O.S.- La sécurité de la cicatrice de césarienne.- Brit. Méd. J., 21 nov. 1959, n°5159, 1058-1061, 8 fig.(Bibliogr.).
- POIDEVIN L.O.S. et BOCKNER V.Y.- Une étude hystérogaphique de l'utérus après césarienne.- J.Obst. Gyn. Brit. Emp., av. 1958, 65, n°2, 278-283, 14 fig. (Bibliogr.).
- REPINA M.M.- Des cas cliniques de rupture de l'utérus au cours de la grossesse après césarienne antérieure.- Akoucherstvo Guinek., 1955, n°6, 61-62.
- REZENDE (de)J. - Pronostic immédiat et éloigné des césariennes.- Rev. Gin.et Obst., fév.1960, 54, n°2, 125-129, (Bibliogr.) (résumé français).
- RIVA H.L. et BREEN J.L.- Une analyse de 100 accouchements consécutifs par les voies naturelles chez des femmes précédemment césarisées. Am. J. Obst. Gyn., juil. 1958, 76, n°1, 192-198 (Bibliogr.) .
- RIVIERE M., SOUMIREU et BOIREAU. - L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une césarienne, observées dans leurs accouchements ultérieurs à l'Hôpital Boursier, de 1945 à 1949.- Gyn. Obst. 1950, 2, 182.
- ROUCHY R. et CREZE J.- L'accouchement par voie basse chez les femmes antérieurement césarisées.- Bull.Féd.Soc.Obst., janv-mars 1956, 8, n°1, 122-124.
- SCHMITZ H. et coll.- Accouchement par les voies naturelles après césarienne.- Am. J. Obst. Gyn., av.1949, 57, n°4, 669-681 (Bibliogr.).
- SCHMITZ H.E. et GAJEWSKI C.J.- Accouchements par les voies naturelles après césariennes.- Am.J. Obst. Gyn., juin 1951, 61, n°6, 1232-1242.

- SERMENT H., VERDET C. et RUF H.- A propos d'une étude statistique des indications et des suites opératoires d'une série de césariennes mutilatrices.-Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av-mai 1956, 8, n°2, 207-209.
- TOUGANOVA A.M.- Accouchement après l'opération de la césarienne basse. Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1956, n°4, 28-32.
- UALERGO C.- Rupture de l'utérus dû à une césarienne pendant le travail. Rév. Gyn. Obst., oct. 1943, 674-679 (résumé portugais).
- VARANGOT J., GRANJON A. et YANNOTTI S.- Intérêt de l'étude hystérographique des cicatrices de césariennes segmentaires.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, n°4, bis, 464-468.
- VELLAY P. - Césariennes multiples. Grossesse après section des trompes.-C.R. Soc.franç. Gyn., juin 1958, 28, n°6, 345-346.
- VERMELIN H., RIBON M. et BRAYE M.- L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., août-oct. 1959, 11, n°3, 394-395.
- WILSON A.L.- Le travail et la délivrance dans les femmes ayant subi une césarienne. Am. J. Obst. Gyn., déc. 1951, 62, n°6, 1225-1233.
- WOLF J.R. et ROTER A.- La césarienne itérative.- Am. J. Obst. Gyn. mai 1955, 69, n°5, 1070-1082 (Bibliogr.).
- ZANE F.R. et REIO (de).- Traitement de la cicatrice de césarienne au cours d'une nouvelle césarienne.- Obst. Gyn. juil. 1953, 54-62.
- ZETTELMAN J.H. et BAWERS V.M.- Une étude de la césarienne à l'Hôpital d'Evanston (III), U.S.A., de 1930 à 1950.- Am. J. Obst. Gyn., mai 1953, 65, n°5, 953-959.

GROSSESSE APRES MYOMECTOMIE

- BERGMAN P.- Lésions traumatiques intra-utérines. (Curettage et myomectomie). Acta Obst. Gyn. Scand., 1961, 40, suppl. 4, 4-39, 9 fig. (Bibliogr.).
- BORRAS P.- L'avenir obstétrical dans la chirurgie conservatrice du muscle utérin.- La Semana med. 18 nov. 1943, 50, n°46, 1160-1163.
- BRINDEAU A.- Communications. Le traitement chirurgical des fibromes utérine pendant la puerpéralité.- Bull. Acad. Méd., mars 1946, 130, N° 9,10,11, 190-194.
- BUCKELL C.- Les fibromyomes dans la grossesse : analyse de 122 cas traités à l'Hôpital du Collège Universitaire de Londres, de 1934 à 1945. -J. Obst. Gyn. Brit. Emp., fév. 1947, 54, n°1, 70-76 (Bibliogr.).
- COTTA G. et MAGNIN P.- Les grossesses après myomectomies.- Lyon Chir., janv-fé. 1939, 36, n°1, 64-67.
- COTTE G. et MAGNIN P.- Les grossesses consécutives aux myomectomies. Gyn et Obst., mars 1939, 39, n°3, 210-211.
- COTTE G.- A propos de deux nouveaux cas de grossesse après myomectomie. Lyon Chir., janv-fév. 1944, 39, n°1, 101-102.
- DAVEO J.P. et MEILLAND R.- Myomectomie en cours de gestation pour nécrobiose aseptique.- Gyn. Obst. (suppl), 1951, 3, n°2, 289-291.
- DAVIDS A.M.- La myomectomie. Technique chirurgicale et résultats dans des séries de 1150 cas. Am. J. Obst. Gyn., mai 1952, 63 n°5, 592.

- FILHOULAUD H., LENOIR J.P. et BOUCHACOURT C.- A propos de deux cas de myomectomie au cours de la grossesse. Limousin méd., sept. 1956, n°18, 23-24.
- FILHOULAUD H., LENOIR J.P. et BOUCHACOURT C.- A propos de deux cas de myomectomie au cours de la grossesse.- Bull.Féd. Soc. Gyn. Obst. janv-mars 1956, 8, n°1, 124-125.
- FUNCK-BRENTANO P. et CHIRIE M.- Myomectomie et grossesse. Gaz. méd. mai 1952, 59, n°10, 631-634.
- FUNCK-BRENTANO P.- Myomectomie et grossesse.- Mém. Acad. Chir., 15 et 22 av. 1959, 85, n°11/12, 347-349.
- GRANDIN D; - Revue de 445 grossesses compliquées par des fibromes. Am. J. Obst. Gyn., mars 1949, 57, n°3, 532-540 (Bibliogr.).
- GROZESCO I. et FLORIAN E. (Mme) - Fibrome utérin avec évolution rapide pendant la grossesse. Myomectomie au 5è mois, accouchement spontané à terme. Obst. Gin. Puer., oct;-déc. 1939, 19, n°4, 302-304.
- GUILLAUD N.- De l'intérêt de la myomectomie prophylactique en début de grossesse. A propos de 12 observations.- Thèse Paris, 1957, 45 pages, dact.
- LABRY R., DUROUX P.E. et BENE R. - Salpingostomie termino-latérale et myomectomie suivie de grossesse.- Gyn. Obst.(suppl.) 1951, 3, n°2, 282.
- LAFARGUEP. et FAUGERE G.- Grossesses et accouchements après chirurgie conservatrice de l'appareil utérin-annexiel.- J. Méd. Bordeaux, janv. 1951, n°1, 212-224.
- LAMASSIAUDE P.- Du fibrome au cours de la grossesse. Opérations conservatrices.-Thèse Paris, 19 mars 1947, n°141, 42 pages.
- LANTUEJOUL P. et MERGER R.- La myomectomie au cours de la puerpéralité. Livre Jubilaire à Amédée Laffont- E.M.C., 1952, 169-171.
- LAPORTE F.- Nécrobiose d'un fibrome utérin sur un utérus gravide. Myomectomie d'urgence, guérison. Rév. Gyn. Obst., 1944, N° , 278.

- LARDARO H.H.- Myomectomie large.- Am. J. Obst. Gyn., janv. 1950 ,
79, n°1, 43-51, 6 tableaux (Bibliogr.).
- LENNON G.G.- Grossesse après myomectomie étendue.- J. Obst. Gyn.
Brit. Emp., août 1955, 62, n°4, 638-639.
- MCCORMICK T.A.- Myomectomie suivie de grossesse.- Am. J. Obst. Gyn.,
mai 1958, 75, n°5, 1128-1130 (Bibliogr.).
- MAHON R.- Myomectomie pour nécrobirose aiguë au 6è mois de la gesta-
tion. Bull. Soc. Gyn. Obst., av. 1939, 28, n°4, 229-231.
- MAHON et CHASTRUSSE.- Onze cas de myomectomie pendant la grossesse
et le travail. Rév. franç. Gyn. Obst., nov. 1947, 42, n°9, 312-
323 (Bibliogr.).
- MUZIARELLI A.- Considérations clinico-statistiques à propos de la
myomectomie -(résumé français) - Cli. Obst. Gin. Juin 1952, 54,
n°3, 165-181, 1 tabl. (Import. Bibliogr.).
- NARD L. et LAFON H.R.- Deux cas d'accouchement par les voies naturel-
les après interventions importantes sur le muscle utérin.- Bull.
Féd. Gyn. Obst., 1950, tome 2, n°5, 573.
- NETTER A. - Les synéchies utérines après myomectomie. Bull. Féd. Soc.
Gyn. Obst., 1957, 9, n°1bis, 221-223, 2 fig.
- NEUMANN E.- Torsion d'utérus gravide à deux mois de grossesse. Bull.
Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-juil. 1960, 12, n°3, 284.
- PIET H.- Myomectomie pour accidents douloureux d'un fibrome à 4 mois
et 1/2, avortement. - Gyn. Obst., 1952, 4, n°2, 360-361.
- PIGEAUD H., NEUMANN E. et CHARVET F.- Deux cas de rupture utérine
après myomectomie.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Juin-Juil., 1960,
12, n°3, 296-298.
- PINEDA R.- Myomectomie. A propos de 825 cas.-Semana méd., 1er mai
1961?, 68, n°3567, 913-916, 945 (Bibliogr.).
- REIS R.A., SINYKIN M.B. - Myomectomie au cours de la grossesse.
Am. J. Obst. Gyn., mai 1939, 37, n°5, 834-839.

- RIVIERE M. et VILLA J.- Fibrome suppuré au 5^e mois de la gestation. Myomectomie, sulfamidothérapie locale. Guérison.- J. Méd. Bordeaux, (28 fév. 1943, n°3-4, 63.
- ROUVEIX A.- La myomectomie dans le traitement des fibromes. Ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats. Thèse Paris, 1955, n°229, 31 pages.
- SCHOCKAERT R.- Deux cas de myomectomie pour fibromes utérins multiples suivie de grossesse.- Brux. Méd., 4 déc. 1938, 19, n°5, 158-160.
- TARDY R.- Myomectomie en cours de grossesse. Gyn. Obst., 1952? , 4, n°1, 142.
- THOMAS R.C. - La myomectomie dans un utérus gravide.- Brit. Med. J; 27 mai 1939, n°4090, 1083-1084.
- VIOLET H.- Deux nouveaux cas d'intervention pour fibrome et grossesse. Lyon méd., 15 av. 1945, n°15, 142-145.
- VISHNEVSKY S. et WOLFSON A.- Le traitement chirurgical conservateur des fibromes.- Gynaecologia, janv. 1958, 145, n°1, 26-35, 9 tabl. (Bibliogr.) (résumé français),
- VOKAER R.- Grossesse et fibromes. Gyn. et Obst., 1948, 47, n°4, 599-600.
- WELCH J.S.- Le traitement chirurgical des myomes utérins chez la jeune femme.- Surg. Clin. North mer., août 1957, 1101-1106, 1 fig. (Bibliogr.).
- WENNER R.- Synéchies de l'utérus consécutives à la myomectomie conservatrice.- Gynaecologia, mai 1958, 145, n°5, 335-338.
- ZANETTI L.- La myomectomie dans la grossesse.- Minerva Chir., 15 av. 1949, 4, N°8, 43-220 (Bibliogr.).

RUPTURES UTERINES APRES MYOMECTOMIES

BOURSIER D.- Thèse Médecine Bordeaux 1956.

BROWN A.B.- CHAMBERLAIN R. et TE LINDE R.W.- La myomectomie.-Am.J. Obst. Gyn., av. 1956, 71, n°4, 759-763, 8 tabl.(Bibliogr.).

GRAYBURN R.-Rupture of partially inverted uterus during removal per vaginam of a submucous fibroid. - J. Obst. Gyn. Brit. Emp. déc. 1957, 64, n°6, 927-928.

DONALD I.- Practical obstetric problems.-Lloyd Luke, Londres 1955.

LOUROS N.- Une technique et une statistique de myomectomie.- Geburtsh Frauenh., janv. 1959, 19, n°1, 42-49, 17 tabl.(Bibliogr.).

PEDOWITZ P. et FELMUS L.B. - Rupture des cicatrices de myomectomies pendant les grossesses suivantes.- Revue.- Obst. Gyn., (suppl) juin 1952, 7, 305-313.

PEDOWITZ P. et PERELL A.- Rupture de l'utérus. Amer. J. Obst. Gyn. juil. 1958, 76, n°1, 161-171 (Bibliogr.).

PEEL J.H. - Rôle de la chirurgie majeure dans la stérilité. Am. J. Obst. Gyn., av. 1956, 71, n°4, 706-717.

PIGEAUD H., NEUMANN E. et MARTIN P.- Rupture utérine à 6 mois et de mi de grossesse après myomectomie par voie basse. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, n°3, 304-305.

ROUVEIX A.- La myomectomie dans le traitement des fibromes. Ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats. Thèse Paris, 1955, n°229, 31 pages.

GROSSESSES APRES OPERATION DE STRASSMANN

- BREIPOHL W. - Les succès de la métroplastique dans les formations de fentes de l'utérus.- Zbl. Gyn., 22 mai 1943, 67, n°21, 833-840 (Bibliogr.).
- BUTHIAULT R., MATHIEU J. et CHARVET F.- Avortements à répétition. Opération de Strassmann. Grossesse consécutive. Surveillance hormonale et traitement hormonal dirigé. Accouchement à proximité du terme d'un enfant vivant.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1959, 11, n°3, 293-295.
- CHAILLOU E.C.Y.- Utérus doubles et avortements à répétition, opération de Strassmann.- Thèse Paris, 1957, 31 pages dact.
- CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et PARNEIX M.- A propos de 44 cas de Malformations utérines congénitales.- Rev. franç. Gyn. Obst., juin 1961, 56, n°6, 429-441.
- CSUTAK J.- Accouchement eutocique après opération de Strassmann. Zbl. Gyn., 23 mai 1959, 81, n°21, 819-821.
- FROMONT G.- Grossesse à terme à la suite d'une implantation tubaire par opération de Strassmann dans un cas d'aménorrhée.- Zbl.Gyn. 27 juin 1959, 81, n°26, 1025-1027 (Bibliogr.).
- HERVET E.- Malformation utérine. Nouvelle observation d'opération réparatrice.- Bull.Féd. Soc. Gyn. Obst., nov-déc. 1957, 9, n°5, 504-510, 4 fig. 1 cliché.
- GRANJON A.- L'opération de Strassmann.- Bull. Méd., 1953, 67, 447.
- GUILLEMIN G., NOTTER A. et NEUMANN E. - Utérus malformé arcuatus avec vagin double. Avortement. Résection de la partie médiane du fond utérin. Accouchement spontané à terme. Bull. Gyn. Obst.

1951, 3, 660.

JONES jr., DELFS E. et JONES G.E.S. - Reproductive difficulties in double uterus. The place of plastic reconstruction.-Am. Journ. Obst. and Gyn., 1956, 72, 865.

KUSTNER H.- Deux grossesses menées à terme après opération de Strassmann.- Zbl. Gyn., 1951, 73, n°4, 234-237.

LABRY R., DUROUX P.E. et CHEVALIER.- Opération restauratrice dans un cas d'utérus et vagin doubles.- Bull. Gyn. et Obst., 1949, 1, 159.

LAFFONT A. et EZES H.- Accouchement à terme après métroplastie, indications opératoires.- Bull. Ass. Gyn. Obst. langue franç.; 1950, 2, n°4, 426-428 (Bibliogr.).

LEROUX P.- A propos des indications de l'opération de Strassmann. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., mars-av. 1961, 13, n°2, 199-203.

LIMAGE J.- Echec fonctionnel de l'intervention de Strassmann dans un cas de synéchie totale du corps utérin.- Bull. Féd. Soc.GYN. Obst., 1957, 9, n°4 bis, 508-511.

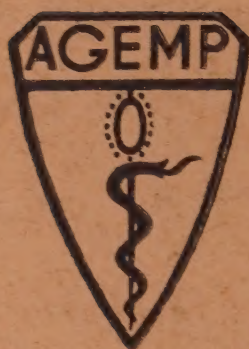
MAGENDIE J., PARTIBENE M.(Mlle) et REGNIER M.- Avortements à répétition dans un utérus bipartitus unicollis. Opération plastique type strassmann modifié.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., août-sept. 1956, 8, n°4, 487.

MATHIE J.- A propos de la technique de l'opération de Strassmann. Lyon Chir., 1948, 43, pages 627 et 719.

MATHIEU J.- ~~Quatre~~ Opérations de Strassmann pour utérus septus dont une suivie de grossesse avec accouchement à terme par les voies naturelles.- Bull. Gyn. et Obst., 1950, 2, 332.

MATHIE J. et DUPARC J. - L'opération de Strassmann dans la chirurgie des malformations utérines.(A propos de 8 observations personnelles). Rev. franç. Gyn. Obst. sept-Oct 1959, 54, n°9-10, 615-638, 28 fig. (Bibliogr.).

- MAYER M., GILBERT et CHALUT- Plastie utérine (type Strassmann) après étude artériographique. Grossesse et opération césarienne.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, n°1, 29-35 (Bibliogr.).
- MITTELFORF E. - Geburt nach Strassmannscher Operation. Zentr. Für Gyn. 1949, 71, 656.
- PALMER R. (rapport de P. FUNCK-BRENTANO)- Chirurgie de l'avortement habituel.- Bull. Acad. de Chiru., 1953, 140?
- POLLOSSON E.- Bifidité utérine et chirurgie (plastie de Strassmann). Lyon Chir. sept-oct. 1948, 43, n°5, 622-628, 9 fig.
- ROUCHY R.- Avortement à répétition et malformations utérines. Opération de Strassmann.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av-mai 1957, 2, n°2, 229-231, 1 fig.
- SINDRAM I.S. et SIKKEL A.- Uterus ruptuur na operatie volgens Strassmann Ned.- Tijdschr. Verlosk. 1953, 52, 426 in Excerpta Medica, 1953, 6, 2081.
- SOYKOVA-PACHNEROVA E.- Présentation du dos après opération de Strassmann.- Zbl. Gyn. 23 mai 1959, 81, 822-823.
- STEINBERG W. - Strassmann's métoplasty in the management of bipartite uterus causing sterility or habitual abortion. (Communications libres du Congrès international de Gyn. et Obst. Genève, 1954) In Tendances actuelles de Gyn. et Obst., Georg éd. 1955, Genève.
- STRASSMAN E.O.- Plastic unification of double uterus. A study of 123 collected and five personal cases.- Am. Journ. Obst. and Gyn., 1952, 64, 25.
- VERHASSELT B.- Deux enfants à terme et vivants accouchés par césarienne chez une femme ayant subi une opération de Strassmann.- Zbl. Gyn., 1er sept. 1956, n°35, 1385-1387 (Bibliogr.).



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-94